

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N° 194

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Serge RABINOVITCH

Né à Odessa (Russie) le 23 octobre 1880

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DU

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

(HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE)

Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

200

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

194
N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Serge RABINOVITCH**

Né à Odessa (Russie) le 23 octobre 1880

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DU

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

(HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE)

Président : M. RECLUS, professeur



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
	GILBERT.
Clinique médicale	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
	PIERRE DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale	RECLUS.
	SEGOND.
	DE LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique	ALBARRAN.
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR.
	PINARD.
	RIBEMONT DES-
Clinique d'accouchements	SAIGNES.
	POZZI.
Clinique gynécologique	KIRMISSON.
Clinique chirurgicale infantile	A. ROBIN.
Clinique thérapeutique	

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (ANDRÉ)	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKINCZYC	ZIMMER

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées do vent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

LEON ALEX. RABINOVITCH

ET

LE D^r ALEXIS RABINOVITCH

MES FRÈRES

A MES MAÎTRES EN CHIRURGIE

Le D^r Louis BEURNIER, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, auprès duquel nous avons passé la plus grande partie de notre internat et qui, par sa bienveillance, nous a permis de recueillir les éléments de cette thèse.

Le D^r Eugène ROCHARD, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis, qui nous a toujours témoigné tant de bienveillance et de sympathie.

Le D^r BAUDET, chirurgien des Hôpitaux.

Le D^r Charles LENORMANT, chirurgien des Hôpitaux, agrégé à la Faculté, qui nous a fait opérer notre première hystérectomie totale.

A MES MAÎTRES EN MÉDECINE

Le D^r SEVESTRE (*in memoriam*).

Le D^r MERKLEN (*in memoriam*).

Le D^r Joseph BABINSKI, médecin de la Pitié.

Le D^r André BERGÉ, médecin des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR PAUL RECLUS

Membre de l'Académie de médecine

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Nous avons entrepris d'exposer dans ce modeste travail les résultats de notre expérience personnelle du traitement du cancer du col de l'utérus. Grâce à la large initiative que notre maître le Dr Beurnier nous a laissée prendre dans son service, où nous avons été interne pendant trois ans et demi, nous avons pu voir et opérer un assez grand nombre de cas. Comme chez bien d'autres chirurgiens, nos idées sur l'opérabilité et notre technique se sont peu à peu modifiées et nous avons successivement passé de l'hystérectomie vaginale au procédé de Wertheim, et du procédé de Wertheim, à l'extirpation vagino-abdominale, que nous avons adoptée en 1906, et à laquelle nous nous sommes toujours tenu depuis. C'est précisément de cette dernière méthode que nous avons fait plus particulièrement le sujet de notre thèse. Ce modeste travail n'a aucune prétention, il n'est que l'exposé de l'expérience d'un jeune chirurgien sur un point limité de la chirurgie. On pourra nous reprocher, et on nous le reprochera très probablement, d'avoir négligé les écrits de nos aînés; qu'il nous soit permis de dire que l'absence de citations ne provient nullement de notre ignorance des travaux parus, qu'elle n'est pas non plus un signe de mépris à l'égard de ces travaux, mais qu'elle est presque commandée par la forme que nous donnons à notre thèse; ceci n'est pas

une revue générale de la question, mais, nous le rappelons encore, un simple exposé de ce que nous avons vu et fait.

On pourra nous reprocher également d'avoir accordé trop de place, dans le chapitre de technique opératoire notamment, à certains détails qui semblent être de notion courante. On oublie trop facilement que, précisément, parce que de notion courante, ces détails sont presque toujours omis, et que les auteurs supposent le plus souvent les lecteurs, auxquels sont destinés leurs ouvrages, doués de la science infuse. Nous savons, par contre, par notre expérience personnelle, qu'aucun détail, si infime soit-il, n'est superflu pour quelqu'un qui débute dans une opération, et nous sommes persuadé que les jeunes chirurgiens seraient souvent heureux de trouver dans un article de technique des précisions et des détails que des chirurgiens plus expérimentés savent lire entre les lignes.

Qu'il nous soit permis de remercier ceux qui furent nos maîtres en chirurgie dans les hôpitaux de Paris : M. le D^r Beurnier, auprès de qui nous avons passé la majeure partie de notre internat ; M. le D^r Rochard, qui, depuis que nous avons été son interne, n'a pas cessé de nous donner des preuves de bienveillance et d'intérêt ; notre maître et ami le D^r Lenormant, qui nous a toujours aidé de ses précieux conseils et de sa vaste érudition.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DU

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'historique complet du traitement du cancer du col de l'utérus. Nous rappellerons seulement les diverses évolutions qu'ont subies les chirurgiens qui se sont occupés de la question, depuis que l'hystérectomie abdominale pour cancer du col utérin est entrée dans les mœurs chirurgicales.

Rappelons, qu'après la première tentative de Freund qui date de 1878, les quelques chirurgiens qui adoptèrent sa manière de faire abandonnèrent rapidement la voie haute devant la mortalité effroyable qu'elle présentait (75 % environ). L'hystérectomie vaginale régna alors presque sans rivale pendant près de vingt ans. A ce moment à l'étranger quelques chirurgiens, notamment Ries et Rumpf de Chicago, firent quelques tentatives de retour à la voie abdominale. Ces exemples se

multiplièrent et de nombreux cas isolés furent rapportés en France et à l'étranger. Mais ce n'est qu'en 1898 qu'une technique réglée et méthodique de l'intervention fut publiée par Wertheim qui insista sur la dissection des uretères et l'ablation des paramètres, de parti pris et dans tous les cas, et créa ainsi l'hystérectomie élargie pour cancer du col de l'utérus. A partir de ce moment le nombre des adeptes de la voie haute augmenta sans relâche et l'immense majorité des partisans de l'hystérectomie vaginale changèrent de méthode. A l'heure actuelle, parmi les chirurgiens, s'étant occupés particulièrement de la question et y ayant acquis une grande compétence, on ne peut citer comme affectionnant la voie vaginale et s'en servant volontiers que de Ott, de Saint-Petersbourg, Schauta et Schuchardt de Vienne, ces derniers ayant recours à une hystérectomie vaginale élargie, permettant l'extirpation des paramètres.

La voie abdominale a donc remporté une victoire éclatante due à la facilité qu'elle apporte à l'exécution de ce temps capital qu'est l'ablation des paramètres, après dégagement des uretères.

Enfin nous croyons qu'un grand progrès a été accompli quand Imbert et Piéri, firent en 1905 leur communication à la Société de Chirurgie de Paris sur l'hystérectomie vagino-abdominale, consistant en une libération première du vagin par voie basse ; en 1906 Quenu et Duval publient la technique de la colpo-hystérectomie, qui ne diffère de l'opération d'Imbert et Piéri que parce que l'incision du vagin est faite en suivant sa limite inférieure, par conséquent plus bas.

Pour notre part après deux essais d'hystérectomie vaginale, nous avons, comme notre maître le Dr Beurrier, adopté la voie abdominale pure. Nous lui sommes restés fidèles jusqu'en 1906 où nous avons essayé la voie vagino-abdominale ; celle-ci nous a tellement séduit d'emblée par les facilités qu'elle offrait, que nous n'avons pas changé de méthode depuis. La question nous intéressait et nous avons fait tous nos efforts pour réunir le plus possible de cas. Nous avons réussi à en réunir d'octobre 1906 à juillet 1909, 31 cas. Ce sont les observations de ces 31 cas que nous présentons ici.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Nous exposons ici la technique de l'hystérectomie vagino-abdominale que nous avons suivie dans les cas qui forment le sujet de nos observations. Cette technique n'a pas varié dans ses grandes lignes ; nous exposerons plus loin les modifications que nous lui avons apportées quand les circonstances l'ont exigé.

Préparation de la malade les jours précédant l'opération. — La malade garde le lit les trois ou quatre jours qui précèdent l'opération. Elle sera mise les deux derniers jours au régime lacté absolu. Purgation l'avant-veille et la veille de l'opération, lavements la veille au soir et le matin même de l'intervention. Jusqu'au jour précédant l'opération la malade aura reçu quatre injections vaginales par jour, deux avec une solution de permanganate de potasse à 1 pour 500 et deux avec de l'eau oxygénée. La désinfection du vagin et de la tumeur, ainsi obtenue est cependant fort sujette à caution. Aussi chaque fois que nous avons eu affaire à un col très ulcéré, bourgeonnant, à sécrétion fétide, nous avons fait la veille de l'opération un curettage des fongosités.

Ce curettage, si on a soin d'opérer après un badigeonnage à la cocaïne à 5 % est très peu douloureux. Nous avons toujours préféré faire ce curettage la veille pour ne pas compliquer et prolonger l'opération principale elle-même. Après curettage, la malade est tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Anesthésie. — Dans la grande majorité des cas nous nous sommes servi du chloroforme. Deux fois, cependant, nous avons eu recours (obs. 16 et 19) à l'anesthésie par la scopolamine-morphine et stovaïne lombaire. Nous nous sommes servi d'une solution contenant 1 milligramme de scopolamine et 2 centigrammes de morphine par centimètre cube. Un centimètre cube est injecté en deux fois, deux heures et une heure avant l'opération. Immédiatement avant l'opération 5-6 divisions de la seringue de Luer d'une solution de stovaïne à 1/10 sont introduites dans le rachis. Nous avons eu recours à ce mode d'anesthésie pour un assez grand nombre de laparotomies sous-ombilicales, notamment dans deux cas d'extirpation vagino-abdominale de l'utérus, et n'avons jamais vu d'accidents. Il nous semble que cette méthode, qui donne, d'ailleurs, une excellente anesthésie, pourra être employée devant l'existence de contre-indications à l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther.

Préparation de la malade immédiatement avant l'opération. — Dans la majeure partie de nos cas nous avons suivi la méthode suivante : avant l'opération le vagin est lavé à l'aide d'eau chaude et de savon et brossé avec un doigtier en crin pendant cinq minutes ; pas-

sage du vagin à l'éther et à l'alcool ; tamponnement du vagin avec des mèches stérilisées ; puis lavage soigné de la paroi abdominale, qu'on recouvre d'un champ stérilisé ; il suffira au moment où le chirurgien changera de gants ou se relavera les mains entre les temps vaginal et abdominal de repasser la paroi à l'éther et à l'alcool. Nous nous permettons d'attirer ici l'attention sur la nécessité de changer après ce lavage l'alèze interposée entre la malade et la table d'opération. Si on ne prenait pas cette précaution la malade resterait pendant un temps considérable en contact avec l'alcool et surtout l'éther, répandus pendant le lavage, et nous avons vu à plusieurs reprises en résulter des escharres sacrées, ce qui est une complication grave après une opération aussi sérieuse que celle qui nous occupe. Le simple changement de l'alèze suffira à empêcher, sauf exception, cet accident.

Dans les derniers quatre cas que nous avons opérés, nous nous sommes servi de la désinfection à la teinture d'iode. Le vagin subissait les jours précédents le traitement habituel et la paroi abdominale était, la veille, soumise à un savonnage prolongé et soigné. Au moment de l'opération nous nous contentions de badigeonner vagin et paroi de teinture d'iode, suivant la technique habituellement employée. Le paroi abdominale était rebadigeonnée entre les temps vaginal et abdominal.

Il est nécessaire que le chirurgien, entre les temps vaginal et abdominal, change de gants. Il peut encore, s'il n'a pas l'habitude de ces derniers, ne s'en servir que pour un des deux temps, exécutant l'autre avec les

maines nues. Il nous semble que, dans ce dernier cas, on aurait avantage à se passer de gants pour le temps abdominal qui est de beaucoup le plus délicat. Cette façon de faire suffit pour réduire à néant les objections que Jayle fait à l'hystérectomie vagino-abdominale (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abd.*, n° 5, 1908).

Temps vaginal. — La malade est mise en position gynécologique et revêtue du champ troué américain et de bottes de Kelly. Nous avons essayé depuis 1907 de faire les opérations vaginales debout. Il nous semble que le chirurgien a ainsi les mouvements beaucoup plus libres et l'opération gagne en rapidité. On élèvera donc la table à la hauteur voulue et on inclinera légèrement la malade, ce qui permet jusqu'à un certain point d'utiliser l'éclairage supérieur.

Deux aides sont, sinon nécessaires, du moins très commodes pour le temps vaginal, l'un pour tenir les valves, l'autre pour éponger le sang et nouer les fils.

Le vagin étant déplié à l'aide de deux valves on commencera par l'incision de la paroi postérieure. La hauteur de cette incision sera naturellement subordonnée à l'envahissement du vagin par le néoplasme. Dans la majorité des cas elle passera à mi-hauteur du vagin ou un peu plus bas. Il est inutile de pincer la muqueuse vaginale pour la tendre avant d'inciser ; les valves suffisamment larges et bien maniées suffiront à déplier et tendre la muqueuse. Si la vulve était très étroite, on pourrait se donner du jour par l'incision para-vaginale de Schuchardt, qu'on fera par transfixion et qui rendra tout le vagin très facilement accessible.

L'incision postérieure amène facilement dans le plan décollable vagino-rectal, qu'on reconnaît à ce que la séparation des deux organes ne donne lieu à aucun écoulement de sang. Il est inutile de mettre un doigt dans le rectum. Avec deux doigts ou avec les ciseaux courbes fermés on mène ce décollement aussi haut qu'on veut avec la plus grande facilité. Il faut s'arrêter au-dessous des adhérences pathologiques si elles existent ; dans tous les cas il est préférable, croyons-nous, de s'arrêter à la limite du tiers supérieur du vagin ; sinon on arrive facilement jusqu'au péritoine qu'on ne doit pas ouvrir pour la correction de l'opération. On introduit une mèche dans l'espace recto-vaginal et on passe à l'incision antérieure, après avoir recouvert mèche et paroi postérieure du vagin de la valve.

La dissection de la paroi antérieure présente parfois plus de difficultés. Ici la simple mise en place des valves ne suffit pas, en général, pour tendre le vagin. Il faudra pincer celui-ci à l'aide de pinces de Chaput, de préférence, qui n'arracheront pas la muqueuse. La hauteur de l'incision sera encore ici subordonnée à l'extension du néoplasme. Mais tandis que l'espace décollable postérieur existe sur toute la hauteur du vagin, ici, pour peu qu'on amorce son décollement assez bas on ne trouve pas d'espace décollable avasculaire, et, si on a incisé trop timidement, on dédouble la paroi vaginale ; il arrive alors que dans le temps abdominal, où on tombe toujours dans le plan décollable utéro-vagino-vésical (puisque l'on l'amorce dans l'espace vésico-utérin et non pas vésico-vaginal ou vésico-urétral), on n'arrive pas en

procédant au décollement à rejoindre l'amorce de celui-ci faite par le vagin. On en reste séparé par une épaisseur plus ou moins grande de fibres musculaires du vagin, qu'il faudra sectionner d'avant en arrière pour retrouver le décollement inférieur.

On n'aura donc pas rempli complètement le but de l'opération, qui se propose de libérer par voie basse le vagin de ses attaches inférieures. On devra faire attention, en procédant à l'incision de la paroi antérieure du vagin, à faire cette incision suffisamment profonde pour traverser toute l'épaisseur de la paroi vaginale, en se guidant sur une sonde métallique introduite dans la vessie. Il nous semble qu'il y aurait peu d'inconvénient même à entamer légèrement la couche musculaire de cette dernière.

La dissection vésico-vaginale est plus difficile que la dissection recto-vaginale. Il faudra de temps en temps avoir recours à l'instrument tranchant surtout en bas. Il est d'ailleurs inutile de la poursuivre très haut, car cette dissection s'effectuera plus facilement par l'abdomen. La seule chose réellement importante est d'inciser la paroi vaginale dans toute son épaisseur, car le but de l'opération, nous le répétons, n'est pas de faire la grosse partie de la besogne par voie basse, mais bien de libérer l'utérus et le vagin de leurs attaches inférieures, qui empêchent leur ascension. Or, ces attaches sont surtout constituées par l'insertion du vagin sur les plans du périnée.

Incision latérale. — On réunit ensuite les incisions antérieure et postérieure sur les côtés. Un véritable

décollement du vagin sur les côtés n'est guère possible. Des tractus fibreux, vasculaires et avasculaires, l'abondent latéralement et le fixent. Il faudra donc sectionner ces tractus et voici comment on procède. Après avoir libéré un centimètre environ de paroi latérale à l'aide d'un coup de ciseaux, on commence par refermer sur le col la collerette vaginale ainsi rendue flottante. On se servira d'un surjet de soie, passé avec une aiguille de Reverdin de façon à prendre largement le tissu vaginal ; les deux chefs du surjet seront gardés longs, il nous paraît inutile d'enfourer ce surjet sous un deuxième, non perforant, car un seul surjet à points assez rapprochés et bien serrés suffira à rendre la suture étanche. Ce surjet terminé, on saisira les chefs laissés longs et à l'aide de ces chefs on inclinera le vagin sur les côtés ; en sectionnant au fur et à mesure les attaches latérales solides du vagin. On procédera ainsi le plus haut qu'on pourra, c'est-à-dire à peu près jusqu'au niveau du dôme vaginal ; on s'écartera le plus possible de la paroi vaginale ; chemin faisant on se verra forcé de placer quelques pinces sur des artérioles saignant en jet, qu'on pourra lier ou tordre. Cette libération latérale terminée, le temps vaginal est achevé.

Mais avant de passer à la partie abdominale de l'opération une toilette du vagin et quelques précautions devant faciliter le temps abdominal, sont nécessaires. Nous avons l'habitude de faire passer sur les parois cruentées un litre ou deux d'eau très chaude qui nettoie les surfaces et sert d'hémostatique. Nous introduisons ensuite dans le décollement recto-vaginal une

pince courbe, destinée à entraîner mèche et drain, introduits par le ventre, et enfin nous tassons autour de cette pince des compresses de gaze, dont les extrémités sortent par la vulve.

Ainsi exécutée l'opération dure de dix à vingt minutes suivant la plus ou moins grande facilité avec laquelle s'accomplit le décollement vagino-vésical.

A ce moment, pendant que le chirurgien change de gants on se relave les mains, ou encore pendant qu'il retire simplement les gants, se réservant de faire le temps abdominal avec les mains nues, on repasse la paroi abdominale à l'alcool et à l'éther, on fait tourner la table, de façon à orienter la tête de la malade vers la baie d'éclairage, on dispose les champs sur l'abdomen, et on met la malade en position renversée de Trendelenburg, aussi accentuée que possible. Bien entendu les instruments ayant servi au temps vaginal sont mis de côté, car ils ont été contaminés et ne doivent pas servir pour la partie abdominale de l'intervention.

Temps abdominal. — Ce temps abdominal va maintenant retirer un double bénéfice de la libération préalable du vagin.

Premièrement, la tumeur sans autre artifice sera enlevée en vase clos.

La tumeur, toujours infectée, et recélant des germes particulièrement virulents ne viendra pas au contact du péritoine, qu'elle a dans mainte opération souillé, donnant ainsi naissance à une péritonite mortelle. De même, dans les diverses manipulations que subira l'utérus au cours de l'opération, les cellules cancéreuses ne

risqueront pas d'être disséminées sur les surfaces cruentées, créant ainsi de véritables greffes de la tumeur qui ont parfois donné des récidives jusque dans la cicatrice abdominale.

Cette ablation de la tumeur en vase clos pourrait, il est vrai, être faite à l'aide de pinces spéciales, imaginées et construites à cet usage ; mais nous croyons, et nous essaierons de le démontrer plus loin, que l'adoption du temps vaginal préalable est infiniment plus commode que l'emploi de ces pinces.

Enfin, ce temps vaginal préalable permet d'effectuer l'ablation par l'abdomen avec une facilité qu'il ne nous semble pas possible d'atteindre avec les autres méthodes.

Ce temps abdominal se fait, dans ses grandes lignes, suivant une technique, depuis longtemps déjà réglée par Wertheim. Tous les chirurgiens savent maintenant que pour faire une opération correcte, la condition essentielle est d'enlever avec l'utérus et en un seul bloc tout le paramètre jusqu'au plancher pelvien en hauteur et jusqu'à la paroi en largeur, et que cette ablation étendue du paramètre n'est possible qu'à condition de dégager l'uretère qui le traverse, et qui est le seul organe sur les côtes de l'utérus, qu'il faut voir et ménager. Tous les efforts du chirurgien doivent donc être dirigés vers ce temps capital, et tous les procédés et modifications de procédés doivent viser à rendre ce temps facile.

Wertheim, le père de l'hystérectomie abdominale pour cancer du col, telle qu'elle est maintenant comprise, accorde dans sa technique, à l'ablation du para-

mètre toute l'importance que cette dernière mérite, et toutes les descriptions de cette opération qui ont suivi, n'ont rien ajouté au fond de cette technique. Il nous a semblé cependant, que sans rien ajouter, on pourrait en intervertissant l'ordre de certains temps opératoires, rendre l'opération plus facile et nous allons donc procéder à la description de la méthode que nous avons suivie dans toutes les observations que nous présentons dans ce travail, en insistant sur quelques points particuliers.

Incision de la paroi. — L'incision de la paroi doit être large : du pubis à l'ombilic, et souvent même dépasser celui-ci de quelques centimètres. Bien voir est d'une suprême importance dans une opération où l'on manipule les uretères et nous croyons que les incisions transversales ne sont pas de mise et que les questions d'esthétique doivent céder le pas sans lutte aux questions de faculté et de sécurité dans une opération de cette importance.

L'aponévrose étant sectionnée jusqu'au ras du pubis et le péritoine ouvert, une grande valve de Doyen, ou mieux de Rochard, est introduite. Nous croyons inutile d'ajouter à la valve pubienne des écarteurs de Ricard ou de Gosset, qui ont, à notre avis, l'inconvénient de rendre rigides les bords de la plaie, et de faciliter l'opération beaucoup plus en apparence qu'en réalité. Une paire d'écarteurs de Hartmann sera, par contre, très utile à certains moments, et ces écarteurs auront l'avantage de ne pas encombrer en permanence le champ opératoire.

Protection du champ opératoire. — La protection de la grande cavité à l'aide de grandes compresses en toile souple, tassées dans la partie supérieure du champ opératoire doit être faite très soigneusement. Il nous semble, de plus, très utile de glisser dans les divers plans de décollement qu'on effectue au cours de l'opération, des compresses de gaze. De cette façon, au fur et à mesure que l'utérus se dégage des parties qui l'entourent, il en est aussitôt séparé par une compresse, et au moment de l'ablation, il se trouve enlevé à travers un puits tapissé de gaze, sans qu'aucune surface cruentée soit visible. Il nous semble, en effet, important dans une opération où de si vastes espaces cellulaires sont ouverts, d'assécher et de protéger aussitôt ces espaces.

Prise de l'utérus. — L'utérus est alors saisi et dès maintenant on peut déjà se rendre compte que la libération du vagin contribue à rendre l'utérus plus mobile. Si la libération a été un peu poussée par le vagin, l'utérus a acquis déjà un degré d'ascension qu'on ne trouve pas à ce moment dans les opérations purement abdominales. Il faut éviter de saisir l'utérus avec une pince à griffe. La paroi utérine envahie par la tumeur est parfois d'une friabilité extrême et il peut arriver que le tissu utérin cède à la pression de la pince et que la cavité utérine se trouve ouverte. Le bénéfice de l'ablation de la tumeur en vase clos se trouve donc perdu, et de plus on comprend aisément combien les diverses manipulations deviendront difficiles avec un utérus déchiré ou même rompu en deux. Une pince hystérolabe, dans le genre de celle de Dartigue, est déjà préférable,

mais nous croyons que le plus commode est de saisir la partie interne des bords supérieurs des ligaments larges avec deux pinces de Kocher qui serviront en outre à faire l'hémostase du bout périphérique des artères utéro-ovariennes ; on pourra encore pour ne pas s'encombrer de pinces, passer au lieu de ces pinces deux grosses soies dont on gardera les chefs longs, mais les pinces gardent sur les soies un avantage, car leur rigidité permet de repousser l'utérus en bas, si le besoin s'en fait sentir, tandis que la traction dans le sens de bas en haut ou latéralement est seule possible avec les soies. Dans tous les cas la traction sur l'utérus devra toujours être douce et il faut éviter de tirer brutalement au risque de rompre l'utérus malade.

Hémostase de l'étage supérieur des ligaments larges.

— On procède ensuite à la ligature des ligaments ronds et des ligaments infundibulo-pelviens. Cette ligature, comme toutes les ligatures qu'on aura à faire au cours de cette opération, devra être faite le plus loin possible de l'utérus, pour enlever avec ce dernier la plus grande partie des ligaments larges. Il est préférable, pour ne pas s'encombrer de pinces de poser ces ligatures d'emblée en les passant avec une aiguille. Ces ligatures faites, on coupe le ligament rond et le ligament infundibulo-pelvien d'un coup de ciseaux et on réunit leurs sections en coupant le péritoine qui forme le feuillet antérieur du ligament large. On ouvre ainsi ce ligament.

Amorce du décollement vésico-utérin. — On incise ensuite au bistouri le péritoine du repli vésico-utérin,

réunissant les sections des deux ligaments larges et on amorce le décollement de la vessie avec un doigt coiffé d'une compresse de gaze ou avec des ciseaux tenus fermés. Dans l'opération classique on pousse d'emblée le décollement le plus bas possible. Mais à ce moment l'utérus n'a pas encore toute la faculté d'ascension qu'il acquérera dès que nous aurons sectionné les attaches puissantes qui le fixent. Il arrive que le décollement, fait à ce moment, nécessite un travail dans la profondeur, et, pour peu que le bassin soit plus profond que normalement et que quelques adhérences unissent l'utérus et surtout la partie supérieure du vagin à la vessie, ce temps devient difficile. Or, nous avons cru nous apercevoir que tous les temps difficiles pouvaient être exécutés, quand le dernier obstacle à l'ascension de l'utérus était levé, et nous avons toujours reporté ces temps après la section des ligaments utéro-sacrés, comme nous le décrivons plus loin. Donc, nous ne faisons ici le décollement vésico-vaginal que tant qu'il s'exécute avec une très grande facilité, nous arrêtant à la première difficulté.

Recherche de la partie rétro-utérine de l'uretère et ligature éventuelle de l'artère hypogastrique. — Tous les auteurs, après avoir décollé la paroi antérieure de l'utérus et du vagin de la vessie, vont ensuite à la recherche de l'uretère pour le disséquer jusqu'à sa pénétration dans la vessie. Wertheim et tous les auteurs qui ont décrit après lui, en la modifiant ou non, la technique de l'hystérectomie pour cancer du col, insistent sur l'importance et la difficulté de ce temps. Son im-

portance est, en effet, capitale, car seul le dégagement de l'uretère permet d'enlever le paramètre qu'il traverse. Quant à sa difficulté, elle est très variable suivant la profondeur du trajet de l'uretère et suivant son degré d'adhérence au tissu cellulaire au niveau de son trajet latéro-utérin ; ce dernier facteur est d'ailleurs subordonné en partie au premier, car on conçoit facilement que le dégagement d'un organe, même adhérent, est beaucoup plus aisé si on l'opère à portée facile que dans le cas contraire. Voici donc encore un temps opératoire, d'une importance énorme, qui forme à lui tout seul la différence entre les techniques modernes et anciennes de l'hystérectomie abdominale pour cancer du col, qui gagnerait à être retardé et reporté à un moment où la mobilité utérine deviendra parfaite. Tenant compte de cela voici comment nous procédions : après avoir lié les vaisseaux de l'étage supérieur du ligament large et amorcé la séparation vésico-utérine, nous séparions de quelques coups de ciseaux fermés les deux feuillets du ligament large.

Sous le feuillet postérieur, après l'avoir légèrement décollé de la paroi pelvienne au niveau où il se réfléchit sur celle-ci, on trouve la portion rétro-ligamentaire de l'uretère pelvien et un peu en arrière et en dehors les vaisseaux hypogastriques, l'artère recouvrant la veine. Nous nous contentons de dégager légèrement cette portion de l'uretère, en nous tenant très éloigné de ces tuniques propres ; nous ne faisons ce dégagement que pour pouvoir, sans crainte de blesser le canal excréteur du rein, sectionner dans le temps suivant les

ligaments utéro-sacrés, dont la division va rendre aisé le reste de l'opération. Pendant que nous sommes dans cette région, nous pouvons très facilement, sans perte appréciable de temps, dégager en deux coups de sonde mousse l'artère hypogastrique et la lier en passant sous elle avec l'aiguille de Deschamps un catgut.

Il nous a semblé que le bénéfice de cette ligature était très appréciable et permettait de faire plus tard un dégagement de l'uretère latéro-utérin pour ainsi dire à blanc. Martin a signalé, il est vrai, un cas de sphacèle de la peau de la fesse après la ligature des hypogastriques, mais ce cas reste unique et il n'entraîne, d'ailleurs, nullement la conviction. Ceux qui l'ont fait, et nous-mêmes entre autres, n'ont pas eu à s'en plaindre. Cette ligature n'est, d'ailleurs, pas absolument indispensable, mais étant donné sa facilité et l'absence d'inconvénients qui en résulte, il y a tout intérêt à la faire.

Enfin, dans environ un quart ou un tiers des cas, suivant les différentes statistiques, on trouve, le long des vaisseaux iliaques internes, des ganglions, que l'examen histologique montre tantôt cancéreux, tantôt simplement enflammés. Au cours de l'intervention il est impossible de se rendre compte si on a affaire à des lésions néoplasiques ou inflammatoires et il est préférable de les enlever de parti pris chaque fois qu'ils sont perceptibles au palper. Ils sont parfois très adhérents à la veine, et la déchirure de cette dernière, qu'on réparera par ligature totale ou latérale suivant le cas, est un accident possible, mais sans gravité, d'ailleurs. Cet accident nous est arrivé une fois (obs. 24) et l'exa-

men histologique a montré la nature purement inflammatoire de ces ganglions adhérents. Dans la plupart des cas, cependant, cette ablation de ganglions est très facile ; leur dégagement se fait avec les ciseaux courbes et mousses, tenus fermés, qui les énucléent avec facilité du tissu cellulaire.

Ligature et section des ligaments utéro-sacrés et amorce du décollement recto-vaginal. — La plupart des auteurs récents, notamment Jayle, dans son article paru dans la *Presse Médicale* en 1904 et plus récemment Lecène, dans son excellent article, paru dans le *Journal de Chirurgie* en 1910, attirent l'attention sur l'importance de la section des ligaments utéro-sacrés et insistent sur la facilité avec laquelle s'élève l'utérus quand cette section a été effectuée. Mais, chose bizarre, nous n'avons jamais vu un auteur chercher à utiliser cet avantage pour faciliter les temps ardu de l'opération. C'est généralement au moment de terminer l'opération que ce temps s'effectue et les ligaments utéro-sacrés ne sont sectionnés qu'après le dégagement des uretères et la dissection vésico-utérine. Cela nous semble illogique, et nous avons essayé de tirer tout le profit possible de la section précoce de ces ligaments.

Ces ligaments, formés par un repli péritonéal, qui recouvre un paquet de faisceaux musculaires lisses et élastiques forment la partie postérieure de la lame sacro-génitale ; ils contiennent dans leur épaisseur des vaisseaux nombreux, notamment des veines formant un véritable plexus.

Il est donc nécessaire d'en faire l'hémostase avant

la section. Lecène décrit d'une façon excellente ce temps opératoire : « Je charge, avec une aiguille courbe, la partie superficielle, immédiatement sous-péritonéale, des ligaments utéro-sacrés et je la lie ; les fils, laissés longs, servent de tracteurs et sont utiles dans les temps suivants. Le péritoine du Douglas est incisé entre les deux ligaments ainsi chargés et liés, puis les ligaments utéro-sacrés (partie superficielle) sont coupés : l'utérus se dégage un peu plus et monte. Avec une compresse de gaze, je dégage alors la face antérieure du rectum de la partie postérieure du vagin sans aller très loin ; j'amorce seulement ce décollement qui va se faire ensuite progressivement.

Des deux côtés on voit encore tendue la partie que j'appellerai conjonctivo-vasculaire des ligaments utéro-sacrés ; il s'agit maintenant de la lier et de la sectionner. Je préfère beaucoup, dans ces cas, lier d'abord en passant un fil avec une aiguille mousse, et sectionner ensuite, plutôt que de mettre une pince et de sectionner pour lier ensuite car alors on a souvent de très grandes difficultés à remplacer, au fond du bassin, ces pinces par des ligatures. Je charge donc en arrière et au-dessous de l'uretère, le plus près possible de la paroi de l'excavation, les épais ligaments utéro-sacrés ; ils contiennent des artères (artères vaginales propres, artérioles émanées de l'hémorroïdale moyenne) et de nombreuses et grosses veines, sans parler des lymphatiques dont l'ablation méthodique est le but principal de ce temps opératoire. Il faut en moyenne trois ou quatre charges successives de l'aiguille mousse et autant de li-

gatures pour bien prendre les tissus à ce niveau et les sectionner. A mesure que l'on charge, lie et sectionne les ligaments utéro-sacrés, on voit l'utérus et le vagin monter vers la plaie et en même temps le décollement recto-vaginal se continue très facile, presque spontanément, car sur la ligne médiane, entre les lames sacro-recto-génitales il y a un plan avasculaire entre les deux organes. On arrive à libérer complètement et à voir émerger du fond du petit bassin le tiers ou même la moitié supérieure du vagin ; l'hémostase étant progressivement et régulièrement assurée, ce temps opératoire, qui pourrait être sanglant, et alors forcément un peu confus, peut être fait à blanc par ce procédé. »

Cette description est excellente et rend bien compte de l'ascension facile de l'utérus et du vagin après section des ligaments utéro-sacrés. Pourquoi alors ne pas utiliser cette facilité d'ascension pour rendre plus aisé le dégagement des uretères dans leur partie latéro-utérine ? Nous croyons, pour notre part, que cette section des ligaments utéro-sacrés est la clé du temps abdominal de l'opération. Une fois l'obstacle, formé par ces ligaments, levé, toutes les autres manipulations deviennent aisées, et ceci est d'autant plus vrai que le vagin a été désinséré dans un premier temps. Il y a donc tout intérêt à commencer par là, et si nous ne faisons pas de la section des ligaments utéro-sacrés le premier temps de l'opération abdominale, c'est que les temps qui la précèdent sont indispensables pour mettre l'uretère rétro-utérin à l'abri d'une blessure possible au moment de cette section.

Nous n'ajouterons rien à la description de Lecène. Nous dirons seulement que, si on a fait au préalable une désinsertion vaginale, il est plus correct de ne pas pousser trop loin le décollement recto-vaginal à ce moment. Il ne faut pas encore rejoindre la séparation amorcée par voie basse pour rester dans des conditions d'asepsie plus rigoureuses.

Nous achèverons très facilement ce décollement, ainsi que le décollement vésico-vaginal, comme dernier temps de l'opération, au moment d'enlever l'utérus. Si, d'ailleurs, on arrivait par excès de zèle trop tôt sur les compressees et la pince placées dans le décollement recto-vaginal par en bas, le malheur ne serait pas grand, car une compresse bien placée suffirait pour s'en isoler. Mais, nous le répétons, il est plus correct de s'arrêter en deçà, et d'ailleurs la pince placée par le vagin et qu'on sent à travers les tissus, sert de guide et permet de s'arrêter à temps.

Dégagement de l'uretère jusqu'à la vessie et ligature de l'artère utérine. — Maintenant que l'utérus est presque libre dans l'excavation pelvienne par suite de la section du vagin et des ligaments utéro-sacrés, nous allons aborder le temps capital, le dégagement de l'uretère, qui est la condition essentielle pour pouvoir enlever le paramètre. Toute l'opération a été jusqu'à présent conduite en vue de rendre ce temps plus facile et, au cours de nos interventions, nous avons pu nous convaincre que ce but était atteint.

Nous avons vu plus haut comment, dans un temps opératoire spécial, nous avons déjà découvert l'uretère

avant sa pénétration dans la base du ligament large. Nous allons donc aller le reprendre à cet endroit et le suivre en opérant un dégagement méthodique et minutieux jusque sa pénétration dans la vessie. Ce dégagement se fait à l'aide d'une pince à dissection longue et de ciseaux courbes fermés. Il est utile de tendre *très légèrement* l'uretère, en passant sous la portion déjà dégagée un écarteur de Farabeuf à l'aide duquel on pourra lui imprimer de légers mouvements, qui guideront l'opérateur.

On commence par dégager sa face supérieure, et très rapidement on est conduit sur l'artère utérine qui croise l'uretère. On la lie le plus près possible de la paroi de l'excavation en passant au-dessous d'elle un fil, qui prend en même temps sa veine et on sectionne ces vaisseaux. Il est inutile, si on a fait au préalable la ligature de l'hypogastrique, de lier ou de pincer le bout périphérique de l'artère, comme le recommande Lecène. Nous ajouterons, qu'en opérant le dégagement de l'uretère on doit, pour éviter la possibilité de fistules uretérales, ne pas serrer de trop près le tissu de l'organe et ne pas entamer l'adventice, épaisse de 1 millimètre environ (Rieffel) et qui porte les vaisseaux de l'uretère. On opère doucement avec les ciseaux fermés, en dégageant plutôt qu'en disséquant, ainsi que le fait justement remarquer Lecène. Le dégagement, effectué d'abord sur la face supérieure de l'organe jusqu'à son entrée dans la vessie, sera ensuite repris sur sa face inférieure. Ce dernier temps est assez sanglant si on n'a pas fait la ligature de l'hypogastrique.

Il nous a semblé au contraire qu'il se faisait presque à blanc, si cette ligature avait été faite. On dégage donc la face inférieure sur toute sa longueur et bientôt l'uretère apparaît libre et prêt à être récliné dans tout son trajet para-utérin. L'exécution de ce temps est d'une facilité infiniment plus grande, croyons-nous, si on a soin, comme nous le recommandons, de l'exécuter après la section des attaches principales de l'utérus, *vagin et ligaments utéro-sacrés*. L'utérus libéré de ces attaches vient dans la plaie et entraîne avec lui les tissus para-utérins et l'uretère. Ce dégagement facile est surtout appréciable dans les cas où le paramètre est induré. On exécute alors la libération de l'uretère à portée facile, sans risque de serrer de trop près ses tuniques, et pour notre part, nous n'avons jamais vu survenir de fistule urétérale. Il est bien entendu, cependant, que dans le cas d'infiltration néoplasique très considérable du paramètre allant jusqu'à la paroi pelvienne, la libération de l'uretère, quoique facilitée par l'ascension de l'organe, reste encore fort délicate.

Elle est, d'ailleurs, dans ces cas tout à fait illusoire, car la dissociation d'un paramètre nettement cancéreux entraîne forcément la dissémination de greffons cancéreux sur les tissus cruentés et, d'autre part, il semble bien invraisemblable qu'un uretère, qui traverse du tissu cancéreux et y adhère solidement, ne soit pas lui-même envahi par le néoplasme. Il ne reste alors qu'une ressource, c'est la résection et la réimplantation de l'uretère, et nous discuterons plus loin la valeur de cette opération.

Achèvement de la libération des parois vaginales et du paramètre. — Les uretères étant bien dégagés et bien visibles sur tout leur trajet jusqu'à leur pénétration dans la vessie, on procède à la séparation du paramètre d'avec les parois du bassin. Avec les ciseaux courbes fermés, on décolle en râclant et on ramène vers l'utérus et le vagin le tissu cellulaire para-utérin recouvrant l'aponévrose profonde du périnée, ce clivage se fait en général facilement, quand le paramètre est, au moins cliniquement, indemne ; il faut, cependant, toujours donner quelques coups de ciseaux pour sectionner quelques artérioles et veinules qui le traversent.

Il reste maintenant à achever le décollement du vagin en avant et en arrière pour rejoindre l'incision vaginale faite dans le premier temps de l'opération. Ici encore, quelques coups de ciseaux fermes dégageront la paroi vaginale de la vessie en avant et nous verrons apparaître les compresses que nous avons placées par le vagin.

Rappelons ici l'importance de la section de toute l'épaisseur de la paroi vaginale dans le premier temps de l'opération. Dans l'observation I, l'utérus ne s'élevait pas autant qu'on était en droit de l'attendre, et à la fin de l'opération nous nous sommes aperçu que les fibres musculaires les plus externes de la paroi antérieure du vagin n'avaient pas été sectionnées et que notre décollement supérieur ne rejoignait pas le décollement inférieur. Un coup de ciseaux sur ces fibres nous fit immédiatement rentrer dans le bon chemin.

En arrière, aucune difficulté et aucun imprévu. Au moment où nous avons sectionné nos ligaments utéro-sacrés et incisé le péritoine du Douglas, une simple traction sur l'utérus aurait presque suffi pour que le décollement s'opère sans autre manœuvre et rejoigne le décollement amorcé par en bas. Nous nous étions arrêtés avant d'en arriver là, pour éviter le plus longtemps possible la communication avec le vagin ; nous terminons ce temps maintenant.

L'utérus est libre de toute part et s'enlève, isolé des organes environnants par des compresses de gaze, glissées dans toutes les zones de décollement, au moment même où ce décollement a été opéré.

La section préalable du vagin a rendu inutile le placement de toute pince coudée, destinée à fermer le vagin sur la tumeur ; or, ceci n'est pas négligeable : le placement de ces pinces *suffisamment bas* n'est pas toujours facile et dans le cas de grosse tumeur bourgeonnante du col, il est parfois même impossible, de plus on hésite sur la hauteur à laquelle il faut les placer, et enfin, si elles ont été mises suffisamment bas, la section du vagin est difficile dans un petit bassin encombré de ces pinces et dont la largeur à ce niveau n'est pas grande. Rien de tel si le vagin a été sectionné dans un temps préalable, l'ablation se fait d'elle-même, mécaniquement.

J.-L. Faure, dans son article paru dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (juin 1908), insiste également sur les difficultés d'achever correctement l'ablation de l'utérus dans les opérations purement abdomi-

nales et insiste sur la grande facilité procurée par la désinsertion première du vagin. Il en donne la preuve dans ce fait brutal que, dans les cas difficiles surtout, l'hystérectomie vagino-abdominale dure moins longtemps qu'une abdominale pure, et nous avons pu nous en convaincre nous-même. Cette constatation juge la valeur de l'opération.

Drainage. — L'utérus enlevé, un aide retire les compressees placées dans le vagin. Il pousse en même temps le clamp qui avait été placé dans le ventre, pendant que l'opérateur présente aux mors de ce clamp drain et mèches, qui sont entraînés par le clamp jusqu'à ce qu'ils ressortent par la vulve.

Nous avons toujours drainé avec quatre mèches et un gros drain en caoutchouc. Les mèches sont disposées de façon à recouvrir les tissus cruentés. Nous avons toujours pris les précautions de les tenir un peu éloignées des uretères, de peur d'une fistule au moment de leur ablation.

Péritonisation. — Par-dessus ce drainage on établit une cloison péritonéale avec le plus grand soin à l'aide d'un surjet. Cette péritonisation est des plus faciles, car le rectum et la vessie se rapprochent à volonté sur la ligne médiane et sur les côtés le feuillet antérieur des ligaments larges vient facilement rejoindre le péritoine postérieur.

Elle est extrêmement importante, car elle servira à isoler la cavité péritonéale de toute infection pouvant se produire au niveau des espaces cellulaires sous-péritonéaux. L'infection, tout au moins légère, de ces derniers

est pour ainsi dire inévitable, mais le large drainage fait par le vagin et une péritonisation extrêmement soignée faite au-dessus contribueront dans une très large mesure à rendre cette infection inoffensive. Dans les cas ordinaires, il est inutile de renforcer la péritonisation en disposant au-dessus, à la manière de Quénu l'S iliaque, mais dans des cas compliqués, soit que le péritoine manque, soit qu'on ouvre le rectum, cette ressource est précieuse. Quoi qu'il en soit, cette péritonisation sera faite de façon à opérer une cloison étanche entre les tissus cruentés et la grande cavité abdominale.

Suture de la paroi. — On procède enfin à la réfection de la paroi abdominale en un ou plusieurs plans suivant ses goûts ; dans toutes les observations que nous présentons nous avons refermé la paroi complètement sans drainage de la cavité péritonéale ; nous nous sommes servi le plus souvent de la suture en un plan, en raison de la rapidité de son exécution.

Pansement du vagin.

On coupe ensuite le drain et les mèches au ras des lèvres. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie pour éviter la souillure de ces mèches. Une couche de gaze et de coton est disposée sur la vulve.

La durée du temps abdominal ainsi exécuté est, s'il ne survient aucune complication opératoire, de quarante à cinquante minutes environ. En comptant un quart d'heure en moyenne pour le temps vaginal on arrive au total d'une heure environ pour les cas moyens.

Pour nous résumer, nous dirons que l'hystérectomie

vagino-abdominale telle que nous la proposons et telle que nous l'avons exécutée, se propose de faciliter le temps important et caractéristique de l'hystérectomie pour cancer du col de l'utérus, qui est le dégagement des uretères, en vue d'une ablation complète des paramètres. Nous croyons qu'on atteint ce but : 1° en adjoignant à la technique de Wertheim un temps vaginal, destiné à détruire les attaches qui retiennent le vagin fixé au périnée, et 2° en intervertissant les diverses manipulations proposées par cette technique, notamment en faisant la section précoce des ligaments utéro-sacrés ; cette section précoce permet d'attirer dans la plaie utérus et paramètres et d'achever le temps abdominal de l'opération avec une facilité qu'on ne retrouve pas dans les autres procédés.

Nous nous permettons ici d'attirer encore une fois particulièrement l'attention sur cette section précoce des ligaments utéro-sacrés qui, nous le croyons fermement, est réellement importante.

Si quelques chirurgiens veulent bien se rappeler que les procédés de Kelly et de J.-L. Faure dans les hystérectomies pour salpingites ne diffèrent en réalité des autres procédés d'hystérectomie que par l'ordre dans lequel se suivent les temps opératoires et que, malgré ça, ces méthodes ont conquis la majorité des suffrages, ces chirurgiens essaieront, peut-être, de sectionner les ligaments utéro-sacrés d'une façon précoce dans leurs interventions pour cancer du col et s'apercevront, nous osons l'espérer, de la vérité de ce que nous avançons.

Il nous a semblé que le temps abdominal était sen-

siblement raccourci par un temps vaginal préalable et qu'on regagnait de la sorte facilement le temps passé à désinsérer le vagin. Nous sommes d'accord en ceci avec J.-L. Faure.

Les *soins post-opératoires* ne présentent rien de spécial ; ils sont ceux de toute grosse opération abdominale. Les mèches et le drain sont enlevés le cinquième ou sixième jour en même temps que la sonde vésicale. La plupart des malades font un peu d'infection du tissu cellulaire du petit bassin et il est rare d'observer une courbe de température restant uniformément à 37°. Il n'y a pas lieu de s'en inquiéter si les autres symptômes, notamment le pouls, sont rassurants.

Les malades présentent assez souvent de petits accidents vésicaux, cystite à un degré plus ou moins marqué. Cette cystite est due probablement à la présence de la sonde à demeure et, en partie, à l'ablation d'une partie considérable de la paroi antérieure du vagin. Nous avons toujours vu ces accidents vésicaux céder à quelques lavages au nitrate d'argent.

La cicatrisation du vagin est assez lente. Il faut compter deux mois pour que la voûte vaginale soit complètement reformée et recouverte de muqueuse saine. Jusqu'à ce moment les malades présentent des pertes jaunâtres, souvent fétides, parfois sanguinolentes. Les injections vaginales peuvent, d'ailleurs, être prescrites dès l'ablation des drains, d'abord sans pression, puis au bout d'une quinzaine environ, avec la pression habituelle.

Résumé. — Voici, résumés, les divers temps de l'opé-

ration que nous avons exécutés dans les 31 cas que nous présentons et qui permettent un parallèle avec l'opération de Wertheim, dont elle ne diffère en ce qui regarde sa partie abdominale que par l'intervention de certains temps, intervention très importante, à notre avis, pour la facilité d'exécution.

OPÉRATION VAGINO-VAGINALE :

A) *Temps vaginal* :

1° Incision et libération de la paroi postérieure du vagin ;

2° Incision et libération de la paroi antérieure du vagin ;

3° Incision et libération de la paroi latérale du vagin ;

4° Suture de la collerette vaginale disséquée.

B) *Temps abdominal* :

1° Ouverture de l'abdomen :

2° Hémostase de l'étage supérieur des ligaments larges ;

3° Amorce du décollement vésico-utérin ;

4° Recherche de la partie rétro-ligamentaire de l'uretère et ligature de l'art hypogastrique ;

5° Ligature et section des ligaments utéro-sacrés et amorce du décollement recto-vaginal ;

6° Ligature de l'artère utérine et dégagement de l'uretère jusqu'à la vessie ;

7° Décollement des paramètres de la paroi pelvienne et achèvement de la libération du vagin ;

8° Drainage ;

9° Péritonisation ;

10° Suture de la paroi.

L'opération de Wertheim comprend les temps suivants (Lecène) :

- 1° Ouverture de l'abdomen ;
- 2° Libération de l'utérus de la vessie ;
- 3° Découverte des uretères à leur entrée dans le paramètre ;
- 4° Ligature des artères utérines ;
- 5° Libération de l'uretère jusqu'à la vessie ;
- 6° Section des ligaments utéro-sacrés et décollement recto-vaginal ;
- 7° Drainage ;
- 8° Péritonisation ;
- 9° Suture de la paroi.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

Nous avons dans le chapitre précédent décrit la technique opératoire que nous avons suivie dans les cas moyens, où aucune complication ne venait interrompre le cours normal de l'intervention. Il n'en est pas toujours ainsi, cependant, et diverses complications opératoires peuvent surgir, les unes dues à une affection surajoutée, qui bouleverse la topographie des organes du petit bassin, les autres à une extension du néoplasme aux organes voisins. Nous insisterons plus particulièrement sur celles de ces complications que nous avons eu l'occasion de rencontrer, et nous mentionnerons seulement les autres.

Résection et transplantation des uretères. — Si, au moment de la dissection des uretères le chirurgien acquiert la notion que ces uretères adhèrent solidement au paramètre qu'ils traversent, et si, d'autre part, cette adhérence lui semble due à l'envahissement de ces organes par le néoplasme, il est inutile, nous semble-t-il, de continuer l'opération du dégagement ; une opération, faite en plein tissu cancéreux, est illogique et ne cadre nullement avec les idées modernes sur la chirur-

gie du cancer. La dissociation du paramètre envahi conduira à la mise en liberté et à la dissémination des cellules cancéreuses qui viendront se greffer sur les tissus environnants ; or, la caractéristique de la technique moderne de la chirurgie du cancer consiste précisément dans les précautions que l'on prend à passer toujours loin du tissu envahi, à enlever en bloc le tissu cellulaire suspect sans y rechercher les éléments indubitablement envahis.

D'autre part, un uretère adhérent à un paramètre cancéreux a de grandes chances d'être lui-même envahi par le néoplasme. Le disséquer équivaut, *à priori*, à faire une opération incomplète et, par conséquent, sans prétentions radicales. Or, une opération de la gravité de celle qui nous occupe, où la plupart des statistiques accusent de 15 à 25 % de mortalité opératoire, ne doit être entreprise que si quelque chance, si petite qu'elle soit, se présente pour que la guérison soit rendue définitive ou tout au moins durable.

Quelle conduite doit-on tenir en ce cas en présence d'un uretère qu'on est amené à considérer comme envahi ? Arrêter l'opération à ce moment est impossible, car elle est trop avancée et on peut penser avec juste raison que cet arrêt serait aussi grave, sinon plus, que la continuation de l'intervention. Par conséquent, si le diagnostic de l'envahissement de l'uretère n'a pas été posé d'avance ou très fortement soupçonné dès l'ouverture du ventre, auquel cas, croyons-nous, il serait préférable de s'abstenir ou de s'arrêter, il ne reste qu'un parti à prendre : c'est la résection avec néoanastomose de l'uretère. Nous

avons exécuté la résection urétérale dans trois cas. Le premier n'est pas rapporté ici, car il a trait à une hystérectomie que nous avons faite en 1906 et qui était purement abdominale. Ce cas est rapporté par Lutaud (Thèse de Paris, 1907). Des deux autres cas, l'un a trait à une résection unilatérale (obs. XXIII) avec néoanastomose vésicale et guérison opératoire consécutive. L'autre (obs. XX) a trait à une résection bilatérale, suivie d'abouchement des deux uretères dans le rectum, avec mort le vingt-deuxième jour de l'opération.

Que faut-il penser de cette complication opératoire ? Examinons-la tout d'abord dans le cas de résection unilatérale ; Lutaud cite 19 opérations avec seulement 3 morts opératoires (moins de 16 %). De notre côté, nous en avons exécuté deux, et nous avons eu la chance de voir guérir les deux opérées. Il semble donc que la gravité de l'opération n'est pas grande et assombrit à peine le pronostic que comporte l'intervention pour cancer pour son propre compte. Malheureusement, le résultat définitif n'est pas très encourageant.

De nos deux opérées nous n'en avons revu qu'une seule, et cinq mois après l'opération elle était en pleine récurrence. Dans tous les cas rapportés par Lutaud, la récurrence est également survenue rapidement ou la malade n'a pas été revue. Nous n'avons pas la prétention d'avoir pris connaissance de toutes les opérations de résection d'uretère au cours d'une opération pour cancer du col de l'utérus, mais parmi celles que nous connaissons, nous n'avons jamais trouvé mentionné un cas de guérison suivi durablement.

Enfin un dernier point reste à élucider : quelle est la valeur du rein correspondant à l'uretère greffé ? Il semble bien que dans des cas nombreux, exécutés correctement, de façon à éviter autant que possible le rétrécissement de la bouche (Albarran) le rein continue à fonctionner ; de même surtout, si l'abouchement a eu lieu dans la vessie, les dangers d'infection ascendante du rein sont très considérablement amoindris si l'anastomose ne subit pas de rétrécissement ; tout compte fait, les succès durables obtenus par l'anastomose urétéro-vésicale en dehors des cas de cancer de l'utérus, semblent indiquer qu'il est préférable de faire cette anastomose que d'essayer la ligature avec espoir d'amener l'atrophie aseptique du rein.

La greffe de l'uretère dans l'intestin ou à la peau présente plus d'inconvénients ; l'infection ascendante, partie du point d'abouchement toujours septique, est ici extrêmement fréquente et fait courir à la malade des dangers nouveaux.

Cependant les succès durables de Chaput, Guinard, Michaux et d'autres tant en France qu'à l'étranger obtenus, il est vrai, en dehors du cancer utérin, sont encourageants et doivent faire préférer ici encore l'implantation intestinale ou l'abouchement à la peau à la ligature aseptique.

En définitive, il semble bien que la résection de l'uretère dans le cancer du col utérin ne doit pas être entreprise de parti pris, comme l'ont fait Kelly, Sampson et d'autres. Si les signes cliniques, malheureusement peu sûrs et inconstants, font croire à l'envahissement d'un

uretère, il vaut mieux n'en pas opérer. Mais si au cours d'une intervention déjà avancée on est amené à exécuter cette résection, on doit la faire suivre d'une néo-anastomose, de préférence dans la vessie, si les circonstances accessoires le permettent. Par circonstances accessoires, nous entendons la longueur de l'uretère réséqué, qui peut empêcher le rapprochement urétérovésical ou une résection étendue de la vessie, empêchant la réfection de cette dernière.

Tout ce que nous avons dit sur la résection unilatérale est doublement vrai quand il s'agit de résection bilatérale. Ici encore certains auteurs ont entrepris des hystérectomies pour cancer utérin avec le parti pris de réséquer les deux uretères (Karster, Graf, Schenk), mais ici, plus encore que dans le cas d'envahissement unilatéral, nous croyons qu'il vaut mieux s'abstenir, si cette complication peut être prévue. Nous avons eu l'occasion de pratiquer cette intervention, et par suite d'une résection étendue de la vessie que nous dûmes faire, nous nous sommes vu forcé de terminer par un aboutissement dans le rectum. La malade est morte le vingt-deuxième jour et, si on ne peut prononcer le mot de mort opératoire, la survie a été tellement courte que le résultat est peu engageant. Il aurait pu être meilleur, il est vrai, si nous avions pu reconstituer la vessie, et diminuer ainsi les chances d'infection ascendante, qui a conduit à la suppuration des deux reins et a emporté notre malade.

Dans les deux derniers cas (obs. XX et XXIII) nous avons pratiqué l'anastomose suivant la technique de Ri-

card, qui nous a paru extrêmement facile et rapide. Nous la rappelons en quelques mots : le bout libre de l'uretère est retourné en manchette, après y avoir pratiqué une fente de 5 millimètres environ, et cette manchette est fixée par deux points de catgut. On fait ensuite une incision *très petite*, dans l'organe dans lequel on abouche, de façon à y faire passer l'uretère presque à frottement. Ce dernier est engagé dans cet orifice de 1 à 2 centimètres, de façon à le faire proéminer dans la cavité. Quelques points de catgut fin, non perforants, fixent le pourtour de l'uretère à l'incision ; et enfin un dernier étage de points augmente l'étendue du contact de l'uretère avec son réservoir. Ricard insiste sur l'importance qu'il y a à rapprocher la vessie, quand il s'agit de celle-ci, de l'uretère, et à la fixer aux parois pelviennes pour éviter le tiraillement des sutures.

Réséction de la vessie. — La réséction de la vessie est une autre complication opératoire ; nous n'avons en vue ici que la réséction de la vessie sans uretères, car en réséquant ces derniers on est presque toujours amené à réséquer une étendue plus ou moins grande de la paroi vésicale.

Nous avons, en pratiquant l'hystérectomie vagino-abdominale, été amenés trois fois à cette nécessité. Dans une observation, le cas était très complexe (obs. XXV). La malade présentait une salpingite double suppurée ; l'opération fut très pénible, le rectum se trouva dépouillé de sa séreuse, la dissection des uretères fut difficile. La malade succomba le surlendemain de l'opération. Dans un autre cas (obs. XXX), la

malade présentait un utérus complètement mobile, les culs-de-sac du vagin n'étaient pas envahis, mais le toucher vaginal permettait de sentir sur la paroi vaginale antérieure, à 3 centimètres environ de l'insertion du vagin sur l'utérus, un noyau dur qui semblait faire corps avec la vessie. Nous réséquâmes ce noyau avec la paroi vaginale et nous fîmes la suture en deux plans de la vessie ; la malade guérit et nous l'avons revue sans récurrence un an et sept mois après l'opération.

Dans un troisième cas (obs. XII) enfin nous nous sommes laissé entraîner à faire une opération qui n'était peut-être pas très indiquée en raison de l'extension des lésions d'abord, et de l'état général de la malade ensuite. Nous nous sommes trouvé pendant l'opération en présence d'une extension très grande du cancer et nous avons été forcé de réséquer une partie de la vessie envahie. La malade succomba le lendemain de shock opératoire.

Il nous semble, en définitive, que la résection de la vessie s'impose, quand la partie envahie est limitée ; au contraire les grandes résections, qui, d'ailleurs, sont généralement faites au cours d'autres délabrements sérieux, aggravent trop le pronostic opératoire et sont inefficaces, car elles indiquent un envahissement trop étendu.

Résection du rectum. — Nous ne l'avons jamais pratiquée. Toutes les malades, présentant de l'envahissement du rectum et que nous avons vues, présentaient une extension du cancer telle, que le cas nous semblait inopérable. Nous croyons, cependant, que si le

rectum était envahi d'une façon restreinte, on devrait en faire une résection limitée, suivie de reconstitution.

Envahissement ganglionnaire. — La chirurgie moderne du cancer prescrit l'ablation de la tumeur avec au moins ses premiers relais lymphatiques, même si ces derniers ne sont pas cliniquement envahis. L'ablation du paramètre et des ligaments utéro-sacrés dans la cure du cancer utérin dérive de cette règle générale, car c'est dans ce paramètre que sont situés les premiers relais. Mais l'ablation du paramètre n'a pas satisfait tous les chirurgiens et on a proposé la recherche systématique des ganglions iliaques internes et externes, obturateurs, sacrés, et l'évidement pelvien, consistant à enlever tout le tissu cellulaire du petit bassin. Jonnesco a proposé même l'extirpation systématique des ganglions lombaires. Ces opérations démesurées, véritables autopsies sur le vivant, suivant l'expression du professeur Pinard, présentent une mortalité effroyable. Si leur nécessité était établie, les chirurgiens devraient renoncer à opérer les cancers de l'utérus, d'autant plus que le bon sens indique qu'un curage systématique du pelvis est impossible ; heureusement, les résultats obtenus par les chirurgiens, qui ne veulent pas entendre parler d'évidement pelvien, sont assez encourageants pour détruire les arguments des partisans, bien peu nombreux il est vrai, de ces opérations démesurées.

Actuellement, la plupart des chirurgiens se contentent d'enlever systématiquement les paramètres et les ligaments utéro-sacrés ; si au cours de l'intervention

des ganglions tuméfiés sont sentis dans une des régions hypogastrique, obturatrice ou iliaque externe, on les extirpe chemin faisant. C'est la technique que nous avons toujours suivie. Ces ganglions ne sont d'ailleurs pas toujours néoplasiques, car la surface ulcérée du cancer peut contribuer à infecter ces ganglions.

Dans un de nos cas (obs. XXIV) nous avons trouvé des ganglions trèsadhérents à la veine hypogastrique, de telle sorte que nous avons même déchiré la veine en l'extirpant ; or, l'examen histologique a montré la nature inflammatoire de ces ganglions. D'après les statistiques des Wertheim, Döderlein, Schnidler, Pollosson, on trouve dans environ 30 % des cas opérés, des ganglions néoplasiques et également dans 30 % des ganglions inflammatoires.

Signalons enfin la possibilité de l'extension du cancer aux ganglions inguinaux. Cet envahissement qui contre-indique, naturellement, toute intervention est rare et survient, en général, très tard. Nous l'avons vu, cependant, chez une de nos opérées (obs. II) sept mois après l'opération. Localement on ne trouvait pas de signes de récurrence, le vagin était indemne ; mais les deux aînes présentaient des ganglions durs, roulant sous le doigt. Nous en extirpâmes un et l'examen histologique révéla leur envahissement par le cancer.

Extension du cancer aux parois vaginales. — C'est à peine, à condition de pratiquer systématiquement l'hystérectomie vagino-abdominale, qu'on peut ranger l'envahissement du vagin parmi les complications opératoires. La technique de cette variété d'hystérectomie

comporte dans tous les cas la libération et l'ablation d'une partie notable du vagin et le fait que ce dernier est suspect ou manifestement envahi ne change pas grand'chose à la façon de procéder.

Nous pensons donc que l'envahissement du vagin n'est nullement une contre-indication à l'intervention et dans deux cas (obs. XXVIII et XXX) nous avons pu, malgré l'envahissement du vagin, obtenir des guérisons durables.

Salpingites coexistant avec le cancer. — La coexistence d'une salpingite avec le cancer est une complication souvent très gênante. Nous ne parlons pas, bien entendu, des lésions légères des trompes et des ovaires qu'on trouve assez souvent. La salpingite ne devient gênante que quand elle est volumineuse et surtout adhérente. Premièrement, la coexistence d'une grosse salpingite fausse les notions que la clinique permet d'acquérir sur l'opérabilité d'un cas. Les adhérences fixent l'utérus, l'inflammation et l'œdème infiltrant les ligaments larges et il est très difficile dans cet ensemble complexe de dégager les parts respectives du cancer et de la salpingite. Elles entraînent parfois à des opérations, qu'on n'aurait pas entreprises, si l'élément inflammatoire n'avait pas donné de doutes sur l'extension trop considérable du cancer.

Nous rangeons un de nos cas (obs. XXV) dans cette catégorie de faits. Nous n'aurions certainement pas opéré, si nous avions pu nous convaincre par l'examen clinique, que l'immobilité de l'utérus était due autant au cancer qu'aux adhérences inflammatoires.

Au cours de l'opération, l'existence d'une salpingite apporte de nouvelles difficultés.

J.-L. Faure a bien montré tout le parti qu'on pouvait tirer dans les hystérectomies pour salpingites du décollement des annexes de bas en haut. Dans ce but, il a introduit l'hystérectomie par décollation première, l'hystérectomie par hémisection. Avant lui, Kelly avait déjà montré les avantages que présentait, surtout dans les salpingites unilatérales, l'hystérectomie par bascule de l'utérus (procédé dit américain). Or, quand il s'agit d'un cancer de l'utérus, tous ces procédés sont exclus et dans le cas que nous venons de citer, où le Douglas était obstrué, nous avons dû séparer lentement et péniblement les poches du rectum ; ces poches furent ouvertes et le rectum fortement endommagé ; bref, l'opération fut très difficile, compliquée encore par une résection de la paroi vésicale et par la difficulté du dégagement des uretères dans un paramètre infiltré et induré, et la malade succomba.

Dans un autre cas (obs. XVIII) nous avons été plus heureux. Ici nous pûmes passer la main au-dessous des annexes, qui ne remplissaient pas tout le Douglas, et nous arrivâmes à les décoller de bas en haut, sans endommager le moins du monde le rectum et sans ouvrir les poches. Aussitôt ces poches dégagées nous les liâmes du côté de l'utérus, nous fîmes la ligature du ligament suspenseur de l'ovaire et d'un coup de ciseaux nous enlevâmes les annexes. Le reste de l'opération ne présenta aucune difficulté et la malade guérit sans incident et présenta même une guérison durable.

Opérabilité. — Une des questions des plus importantes qui se pose au chirurgien en face d'un cancer de l'utérus est la question de l'opérabilité dans chaque cas donné. Diverses formules ont été proposées, les unes basées sur l'envahissement des organes environnants, les autres sur la plus ou moins grande mobilité de l'utérus. Nous avons, en étudiant les diverses complications opératoires, donné notre appréciation sur la valeur de l'opération compliquée d'exérèse d'un organe voisin. Nous avons dit que nous considérions un cas compliqué d'envahissement des paramètres tel que la résection des uretères devenait indispensable, comme n'indiquant pas l'opération.

Les envahissements du rectum sont rares ; nous n'en avons vu que dans des cas nettement au-dessus des ressources de l'art ; si, par contre, on avait affaire à un envahissement très limité, la résection de la partie malade semble, *à priori*, indiquée. De même, en ce qui regarde les résections limitées de la vessie, n'intéressant pas les uretères, les résultats ne sont pas mauvais.

L'envahissement du vagin n'est nullement une contre-indication, et l'hystérectomie vagino-abdominale ou même la colpo-hystérectomie totale (Quénu et Duval) permet l'ablation facile de toutes les parties atteintes.

En somme la discussion des indications opératoires suivant l'envahissement des organes voisins se ramène à l'examen de la mobilité de l'utérus. Tant que l'utérus est mobile au milieu du pelvis, l'opération est indiquée, d'autant plus que cette mobilité est plus parfaite.

L'envahissement partiel de la vessie, du rectum et du

vagin n'immobilise pas l'utérus, par conséquent cet envahissement n'est pas une contre-indication.

Au contraire l'envahissement des paramètres et des uretères fixe l'utérus et forme donc une contre-indication. Nous n'avons jamais vu dans nos cas une induration nette des ligaments utéro-sacrés ; mais il est très probable que dans les cas que nous avons considérés comme inopérables et notamment dans les cas avec envahissement considérable du rectum, ces ligaments étaient pris et contribuaient pour une grande part à l'immobilisation de l'organe.

En résumé la grande contre-indication de l'opération radicale dans le cancer de l'utérus est formée par l'envahissement du tissu cellulaire du petit bassin, de la lame sacro-recto-génitale. Cet envahissement se traduit par la perte de la mobilité de l'utérus, sans qu'il soit possible de préciser à quel moment cette immobilisation doit arrêter le bistouri du chirurgien. Ceci est affaire de tempérament et il est à noter que dans beaucoup de statistiques une série noire suit une série particulièrement bonne. Le chirurgien, encouragé par ses bons résultats, élargit inconsciemment les indications et le résultat final ne se fait pas attendre.

L'hystérectomie vagino-abdominale élargit-elle les indications opératoires acceptées par les partisans de l'opération de Wertheim ? Nous ne le croyons pas, exception faite pour la possibilité d'opérer par cette voie des cancers étendus très largement au vagin, et qui seraient difficilement opérables par voie abdominale pure. A part ça, nous croyons prudent de considérer à

la vagino-abdominale les mêmes indications que celles que possède l'abdominale.

Le meilleur moyen de faire déconsidérer une opération est de lui trouver des indications trop étendues, et la vagino-abdominale doit, selon nous, borner ses prétentions à rendre l'acte opératoire plus sûr et plus facile, ce qui est déjà fort appréciable, et non pas à guérir des cancers au-dessus des ressources des autres méthodes.

Avec cette façon d'envisager l'opérabilité dans le cancer de l'utérus, nous avons voulu nous rendre compte de la proportion des cas opérables. Nous avons demandé pendant trois ans à beaucoup de nos collègues et à tous les médecins que nous connaissions de nous envoyer pour être examinés tous les cas de cancer de l'utérus qui leur tombaient sous les yeux. En trois ans, de 1906 à 1909, nous avons examiné 81 cas. Sur ces 81 nous avons jugé opérables 31 cas ; ce qui fait environ 38 % des cas. Les chirurgiens allemands accusent un pourcentage plus élevé, notamment Döderlein accuse 68 %. Ceci doit tenir pour une grande part à la propagande active faite par les médecins et surtout les gynécologues allemands parmi le public et les sages-femmes.

Mortalité opératoire. — La mortalité opératoire des interventions pour cancer de l'utérus reste encore considérable et l'opération ne peut en aucune façon être considérée comme bénigne ; le pronostic absolument fatal de l'affection excuse, cependant, cette mortalité ; il excuse même, jusqu'à un certain point, les excen- tricités auxquelles se sont livrés quelques opérateurs,

qui ont voulu tenter l'impossible pour essayer de sauver des malades voués à une mort certaine.

Nous empruntons à Martin (*Thèse de Paris*, 1909), quelques statistiques :

Bumm, 20 %.

Döderlein, 16 % et même 5 % dans les dernières séries.

Von Franque (de Prague), 16,5 % (sur 66 cas).

Bonhote Henderson, 25 % (sur 17 cas).

Jayle, 21 % (sur 23 cas).

Mackenrodt, 19,5 % et même 9 % dans les dernières séries.

Scheib, 20 %.

Wertheim, 20 % en 1902.

— 15 % en 1906.

— 6,6 % en 1908.

J.-L. Faure, 60 % dans une première série.

— 33 % dans une deuxième série.

— 14 % dans une troisième série.

Pollosson, 15 % (sur 184 cas).

Nous-même dans nos 31 cas nous avons eu 4 morts opératoires et 1 mort le vingt-deuxième jour de l'opération.

Si nous n'envisageons pas ce dernier cas comme mort opératoire, notre mortalité est de 13 % ou un peu moins ; dans le cas contraire notre mortalité est de 16 % environ.

Résultats éloignés. — La première femme opérée par voie abdominale d'un cancer de l'utérus, notamment l'opérée de Freund, était vivante vingt-cinq ans après

l'opération. Depuis, le nombre de cas durablement guéris a augmenté au fur et à mesure que se perfectionnait la technique et surtout depuis que l'ablation des paramètres est devenue une condition *sine qua non* de toute opération correcte.

Il est très délicat de parler de guérison définitive en matière de cancer; car les récurrences surviennent parfois très tard; le mot « récurrence » est d'ailleurs inexact, car une récurrence vraie tendrait à prouver que le cas initial avait bien été guéri; on devrait employer le terme de repullulation par ablation incomplète. Or, *à priori*, il semble difficile d'admettre qu'un cancer mette plus d'un certain temps à se manifester à nouveau après une opération insuffisante, étant donné ce que nous savons sur la rapidité d'évolution des cancers. On tend à admettre aujourd'hui qu'une guérison de cinq ans est une guérison définitive.

Scheib donne 25 % de cas guéris après cinq ans;

Wertheim donne 60 % de cas guéris après cinq ans;

Mackenrodt donne 45 % de cas guéris après cinq ans.

Enfin les guérisons prolongées datant d'un à quatre ans après l'opération sont innombrables.

Pour notre part, dans notre statistique très restreinte et surtout trop récente, nous trouvons sur les 26 malades ayant survécu :

1 cas datant de 4 ans et 1 mois.

1 — 3 ans et 7 mois.

1 — 3 ans et 2 mois.

1 — 3 ans et 1 mois.

1 cas datant de 2 ans et 8 mois.

1 — 2 ans.

1 — 1 an et 7 mois.

1 — 1 an et 4 mois.

Enfin nous avons opéré en juin 1905, à l'hôpital Tennon, par voie abdominale pure, une personne que nous avons revue en décembre 1910. Il s'agit donc là d'une guérison de 5 ans et 6 mois.

Toutes ces malades, que nous venons de citer ont été revues par nous pendant les mois de novembre et décembre 1910. Malheureusement 12 des 31 malades opérées par voie vagino-abdominale n'ont pas pu être retrouvées par nous.

Enfin 6 malades ont été revues avec récurrence. Aucune de ces récidivées ne semblait justiciable d'une nouvelle intervention. Nous n'avons, d'ailleurs, jamais pratiqué ni vu pratiquer d'opération pour récurrence du cancer de l'utérus. *A priori*, étant donné que cette repullulation se fait surtout dans le tissu cellulaire surmontant la cicatrice vaginale, il nous semble que bien peu de cas pourraient être soumis avec profit à une réintervention, car le nouvel envahissement, diffus et englobant tous les organes du petit bassin ne doit pas se prêter facilement à une opération méthodique.

OBSERVATIONS

Les 31 sujets des observations que nous présentons ont été opérés par nous dans le service et avec l'autorisation de notre excellent maître, le D^r Beurrier, chirurgien de Saint-Louis.

L'examen histologique de toutes les pièces a été fait dans tous les cas au laboratoire de M. Sabouraud, par nos amis Dominici et Rubens-Duval.

Observation I

M^{me} N. V..., 43 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 28 septembre 1906.

Il y a trois mois, après ses règles, normales jusqu'alors, la malade a présenté une hémorragie. Cette perte dura une quinzaine environ, en petite quantité. Le mois suivant l'hémorragie commença avec les règles et n'a pas cessé depuis.

Actuellement, état général très bon; examen général négatif.

Le toucher vaginal permet de sentir un col utérin augmenté de volume, infiltré, dur, friable, saignant sous l'ongle. L'uté-

rus est assez mobile, cependant par le cul-de-sac vaginal droit on sent une certaine perte de souplesse du paramètre de ce côté. Le cul-de-sac vaginal antérieur est effacé et également un peu induré.

Opération le 5 octobre.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Nous incisons la paroi vaginale antérieure très bas.

La séparation vésico-vaginale est assez difficile et il y a une hémorragie en nappe assez abondante.

Dissection de l'uretère gauche très facile.

A droite le paramètre est un peu induré.

En achevant la séparation du vagin et de la vessie nous n'arrivons pas à rejoindre notre plan de décollement, amorcé par voie basse. Nous restons séparés des compressees que nous y avons placées, par une certaine épaisseur de tissu musculaire du vagin. Nous n'avions donc pas dans le premier temps incisé assez profondément la paroi antérieure du vagin. Nous sectionnons ce qui reste de cette paroi maintenant, ce qui nous fait retomber dans le bon plan. A noter que cette section a immédiatement permis une ascension très marquée de l'utérus.

Durée de l'opération : 1 h. 20.

Suites opératoires sans incident.

La malade sort le 30 octobre.

Nous n'avons pas revu cette opérée.

Observation II

M^{me} L. L..., 48 ans, entre à Saint-Louis pour pertes sangui-
nolentes, survenues il y a deux mois après une absence de

règles de deux ans; la malade se plaint en outre de malaise général et de douleurs lombaires.

État actuel (8 octobre 1906):

Femme maigre, mais semblant en bon état de santé générale; l'examen des organes ne révèle rien de particulier.

Examen local. — Tout le col est transformé en une masse bourgeonnante, friable, saignant facilement.

Le cul-de-sac vaginal antérieure est légèrement envahi. L'utérus est particulièrement mobile, les ligaments larges semblent tout à fait libres.

Opération le 13 octobre.

L'opération se passe tout à fait normalement.

La séparation du vagin par voie basse se fait facilement. Hystérectomie abdominale suivant la technique habituelle sans incidents; dégagement des uretères facile. Durée de l'opération: cinquante-cinq minutes.

Les suites opératoires sont très simples, sauf que la malade présente une légère cystite, qui cède à des lavages au nitrate d'argent. La malade sort guérie le 10 novembre.

Cette malade revient nous voir au mois d'avril 1907 pour des grosseurs qu'elle a remarquées dans l'aîne. Elle présentait dans les deux aines des ganglions durs, roulant sous le doigt. Extirpation d'un de ces ganglions à la stovaine locale; l'examen histologique révéla du cancer. L'examen du vagin et de l'abdomen ne révélait aucun signe de récurrence locale.

Nous apprîmes que la malade était morte quelques mois plus tard dans un autre service. L'autopsie n'avait pas été pratiquée.

Observation III

M^{me} U. R..., 50 ans, entre à Saint-Louis le 3 novembre 1906.

Depuis trois mois environ apparition de pertes; elle perdait d'abord du sang pur, puis une sécrétion roussâtre. A été opérée d'un kyste de l'ovaire il y a dix ans.

Femme en bon état apparent; ne semble pas amaigrie. L'examen des organes ne révèle rien de particulier.

L'examen local révèle l'existence d'un cancer infiltré du col de l'utérus. Le vagin n'est pas envahi. L'utérus est très mobile.

Opération le 7 novembre.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Le temps vaginal ne présente rien de particulier.

A l'ouverture du ventre nous nous apercevons que l'épiploon est adhérent à la cicatrice de l'opération exécutée dix ans auparavant.

Pas d'incidents opératoires.

Durée de l'opération : une heure.

Suites opératoires normales.

La malade sort guérie le 30 novembre.

Elle n'a pas été revue.

Observation IV

M^{me} P. N..., 52 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 12 novembre 1906.

Non réglée depuis six ans. Depuis cinq mois pertes sangui-nolentes, rapidement devenues fétides.

Femme légèrement amaigrie, mais état général plutôt bon.
Examen des organes négatif.

Le toucher vaginal permet de sentir un col énorme, bourgeonnant, friable, saignant sous l'ongle.

Le vagin est libre: l'examen des culs-de-sac ne permet de sentir aucune induration péri-utérine. Utérus semblant parfaitement mobile.

Opération le 18 novembre.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Opération absolument sans incidents.

Dissection des uretères facile. On ne sent pas de tissus indurés autour de l'utérus. Durée : une heure cinq minutes.

Guérison opératoire sans incidents, sauf une suppuration de la partie inférieure de la plaie opératoire.

La malade sort guérie le 20 décembre.

Nous revoyons cette malade au mois de décembre 1910.
Elle ne présente à ce moment aucun signe de récurrence.

Observation V

M^{me} S. B..., 41 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 18 novembre 1906. Elle se plaint de pertes roussâtres, d'une odeur qui l'incommode. Elle n'a jamais été bien réglée et ne peut guère préciser le moment du début de ces pertes. A part ces pertes qui l'inquiètent, sa santé est excellente.

Examen général. — Femme en excellent état, très grasse, presque obèse. L'examen des organes est négatif.

L'examen local révèle l'existence d'une infiltration cancéreuse du col; l'orifice est entr'ouvert et on sent le canal cervical envahi. Le cul-de-sac vaginal gauche est envahi et on

sent le paramètre correspondant un peu induré. L'utérus est cependant très suffisamment mobile.

Opération le 21 novembre.

Hystérectomie vagino-abdominale suivant la technique habituelle.

Le temps vaginal est facile et ne présente rien de particulier.

La section des ligaments utéro-sacrés permet l'ascension très facile de l'utérus; mais arrivés sur la base du ligament large gauche nous le sentons induré dans sa partie interne. L'uretère se dégage, cependant, avec facilité. Ablation de ganglions hypogastriques des deux côtés.

Durée de l'opération : une heure.

Les suites opératoires sont troublées par l'apparition au troisième jour d'une broncho-pneumonie, qui évolue cependant très favorablement. La malade sort guérie le 18 décembre.

Nous revoyons cette opérée au mois de juin suivant. Elle présente une récurrence et tout son petit bassin est envahi par un bloc cancéreux. Son état général est très précaire. Elle meurt dans le service un mois environ après son entrée.

Observation VI

M^{me} S. L..., 47 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 3 février 1907. Il y a un an ses époques sont devenues irrégulières; elles sont devenues d'abord moins abondantes, elle restait parfois un mois sans les voir, puis il y a cinq mois environ elles ont apparu pour ne plus cesser. Elle perd beaucoup et du sang presque pur.

Etat actuel. — Femme maigre, très loquace, présentant du

tremblement des mains et une ptose des paupières. Elle avoue d'ailleurs des habitudes d'alcoolisme. L'examen des organes ne révèle cependant aucune lésion appréciable.

Examen local. — Le col est transformé en choux-fleur très volumineux qui remplit toute la largeur du vagin. Il est très difficile de pénétrer dans les culs-de-sac du vagin que la tumeur remplit presque complètement. Malgré cela, l'utérus semble passablement mobile.

Opération le 10 février.

Hystérectomie vagino-abdominale.

La tumeur formée par le col est si volumineuse que, malgré la section du vagin faite notablement plus bas que d'habitude, nous avons tout juste suffisamment d'étoffe pour pouvoir suturer la collerette du vagin sur la tumeur.

La dissection des uretères s'opère facilement, mais les deux paramètres sont un peu indurés.

L'opération s'achève sans incident.

Durée de l'opération : 1 heure et quart.

Suites opératoires. — Après l'opération, la malade ne se remonte pas du tout, malgré les injections de sérum, d'huile camphrée et de spartéine. Le soir, la température est à 37°2, le pouls à 120, très faible. La malade meurt le lendemain matin.

L'autopsie n'a pas été faite ; nous croyons que la malade est morte de shock opératoire. Il est probable que son passé alcoolique a joué un rôle adjuvant.

Observation VII

M^{me} M. P..., 38 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 13 février 1907.

Depuis le mois de décembre précédent, pertes sanguinolentes.

Actuellement, femme en très bon état, d'un embonpoint moyen. Examen des organes négatif.

Examen local. — Au toucher on sent une tumeur de la lèvre antérieure du col, très dure, ulcérée, saignant sous l'ongle. Les culs-de-sac vaginaux sont indemnes. L'utérus est absolument mobile dans le petit bassin. Nous faisons une biopsie et l'examen histologique révèle de l'épithélioma.

Opération le 19 février.

Hystérectomie vagino-abdominale sans incident.

Le dégagement des uretères est facile.

Durée de l'opération : une heure.

Les suites opératoires ne sont troublées par aucun incident. La malade sort guérie le 10 mars. Cette malade n'a pas été revue.

Observation VIII

M^{me} S. B..., 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 20 avril 1907.

Se plaint d'hémorragies qui sont revenues il y a cinq mois après une cessation de règles ayant duré dix ans.

Femme en bon état de santé, plutôt grasse. Ne présente aucun trouble autre que ses pertes. L'examen des urines révèle cependant des traces d'albumine.

L'examen local révèle un cancer infiltré du col de l'utérus. Le vagin est envahi sur environ 2 centimètres de sa paroi postérieure. L'utérus semble parfaitement mobile.

Opération le 24 avril.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Au moment de la libération de la paroi postérieure du vagin nous nous assurons qu'elle se décolle parfaitement du rectum.

La dissection de l'uretère gauche est très facile.

A droite le paramètre est un peu induré, au-dessous de l'uretère, qui se dégage bien, cependant.

Durée de l'opération : cinquante-cinq minutes.

Les suites opératoires sont tout à fait normales.

La malade sort le 6 mai.

Cette malade n'a pas été revue.

Observation IX

M^{me} R. D..., 41 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 6 mai 1907.

Est venue consulter parce qu'elle a une grosseur qui apparaît à la vulve et parce qu'elle présente des pertes qu'elle attribue à son prolapsus.

Elle se plaint également de douleurs lombaires apparaissant quand elle marche ou se fatigue beaucoup.

Femme assez maigre. Ne présente rien d'anormal à l'examen des organes.

Examen local. — On voit à l'examen de la vulve, si on fait pousser la malade, un prolapsus assez considérable des parois vaginales antérieure et postérieure. Par le toucher on sent, descendant très bas, un col utérin très augmenté de volume,

bourgeonnant, friable et saignant. Le vagin est absolument indemne. L'utérus extrêmement mobile.

Nous nous proposons d'abord de tenter en même temps que l'hystérectomie la cure du prolapsus. Mais, craignant qu'une périnéorraphie ne nous gêne pour le drainage par le vagin nous remettons à plus tard cette opération.

Opération le 14 mai 1907.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Opération très facile, sans incidents. Durée : 1 h. 5 m.

Suites opératoires. — Normales ; la malade sort guérie le 12 juin.

La malade revient au mois de novembre pour subir la cure de son prolapsus. Nous faisons une colporrhaphie antérieure et une colpopérinéorraphie postérieure avec suture des releveurs.

La malade a été revue au mois de décembre 1910. Elle ne présentait pas de récurrence de cancer. Son prolapsus est resté guéri également.

Observation X

M^{me} J. G..., 57 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 1^{er} juin 1907.

Se plaint de pertes depuis quelques mois. Perte d'appétit ; amaigrissement.

Actuellement : femme très maigre, pâle ; examen des organes négatif.

L'examen local révèle l'existence d'un cancer du col de l'utérus. Vagin libre. Paramètres légèrement indurés. Utérus assez mobile.

Opération le 6 juin 1907.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Les uretères sont faciles à dégager, mais les deux paramètres sont pris près de l'utérus.

Durée de l'opération 1 h. 10 m :

Guérison opératoire sans incidents, sauf une suppuration de la paroi abdominale.

La malade sort le 26 juin. Elle revient encore pendant quelques jours pour le pansement abdominal.

Nous n'avons pas revu la malade.

Observation XI

M^{me} F. M..., 44 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 10 juin 1907.

Elle se plaint d'hémorragies irrégulières depuis quatre mois; les pertes ont une mauvaise odeur depuis quelque temps. La malade a maigri depuis quelques mois.

Actuellement, femme en assez bon état général, d'un embonpoint moyen. L'examen des organes est négatif.

Localement, on trouve un col dur augmenté de volume aux dépens surtout de la lèvre postérieure, qui est ulcérée, saignant facilement. Par le cul-de-sac vaginal gauche on sent le paramètre de ce côté très légèrement induré.

Opération le 14 juin 1907.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Le ligament large gauche est pris ; le dégagement de l'uretère de ce côté est assez difficile. A droite, dégagement facile. Nous enlevons des ganglions hypogastriques des deux côtés.

Durée : 1 h. 15 m.

Suites opératoires. — La malade se remonte mal après

l'opération. Le soir la température est à 37° 1, mais le pouls est à 120, très faible.

Sérum, huile camphrée, spartéine.

Le lendemain matin, le pouls est toujours à 120, la température à 38° 2. Le pouls est cependant mieux frappé. Sérum, huile camphrée.

Le soir, le pouls est à 100 ; la température reste élevée pendant quelques jours, montant à 39° 39° 5, mais l'état général s'améliore rapidement.

La malade sort guérie le 3 juillet.

Nous n'avons pas revu cette malade.

Observation XII

M^{me} A. V..., 40 ans, entre à Saint-Louis le 8 juillet 1907. Depuis environ cinq mois a présenté des règles d'abord prolongées, puis transformées en pertes irrégulières. Ces pertes, qui sont devenues très abondantes, ont inquiété la malade ; de plus, elle a maigri beaucoup et a perdu tout appétit. Elle souffre des reins.

État actuel. — Femme notablement amaigrie, pâle. Albumine dans les urines en petite quantité. Rien dans les autres organes.

Examen local. — Le toucher révèle l'existence d'un cancer infiltré du col de l'utérus. Les culs-de-sac droit et gauche permettent de sentir des indurations du paramètre. La paroi vaginale antérieure est indurée dans son quart supérieur. L'utérus est, cependant, encore assez mobile.

Opération le 15 juillet. — Le temps vaginal ne présente rien de particulier ; nous nous rendons compte cependant

que la vessie est envahie par le cancer. Nous arrêtons le décollement du vagin au-dessous de la zone d'adhérence.

Le temps abdominal est assez pénible. Le décollement de la vessie est impossible. Nous sommes forcé d'en réséquer une partie. La dissection des uretères est assez pénible, car les bases des ligaments larges sont très infiltrées. Le mauvais état de la malade nous empêche de tenter la résection et la réimplantation. Nous terminons l'opération en reconstituant par deux plans de sutures la vessie. Au moment de la ligature des hypogastriques nous avons enlevé de chaque côté quelques ganglions tuméfiés. Drainage sous-péritonéal. Péritonisation. Fermeture de la paroi. Durée totale de l'opération 1 h. 20 m.

La malade se remonte très mal après l'opération malgré le sérum intraveineux, l'huile camphrée et la caféine. Le soir de l'opération la température est à 36°7, le pouls à 120. La nuit, la malade est très agitée. Le lendemain le pouls est, presque incomptable, les extrémités froides, et la malade meurt dans l'après-midi.

L'autopsie ne révèle pas de péritonite. Le cœur est gros et mou; les reins augmentés de volume et très pâles. La mort semble être due au shock opératoire.

Observation XIII

M^{me} O. G..., 36 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 10 juillet 1907.

Présente des pertes très abondantes depuis quelques mois.

Actuellement : femme extrêmement grosse (elle dit peser près de 100 kilos); un peu pâle. Examen des organes négatif.

Le toucher vaginal rend manifeste l'existence d'un cancer du col de l'utérus. Ce dernier est augmenté de volume, mais semble recouvert de muqueuse saine. L'orifice est très dilaté, comme creusé et on sent les parois du canal cervical friables, saignant facilement. Les culs de-sac sont parfaitement souples et l'utérus très mobile.

Opération le 16 juillet.

Hystérectomie abdomino-vaginale.

L'opération est rendue un peu plus difficile par suite de l'obésité de la malade. Cependant, après la section des ligaments utéro-sacrés, l'utérus, s'élève bien et le dégagement des uretères est assez facile. Les paramètres semblent indemnes. Durée de l'opération : 1 h. 10 m.

Suites opératoires. — Nous faisons asseoir la malade dans son lit dès le soir de l'opération. La période post-opératoire s'écoule normalement, sauf une suppuration superficielle de la paroi. La malade sort guérie le 8 août.

Nous revoyons la malade quatre mois après. Il n'y a pas de récurrence à ce moment, mais il s'est formé une éventration au niveau de la partie inférieure de la cicatrice de la paroi abdominale, donnant issue à une hernie grosse comme un œuf. La malade ne tient, d'ailleurs, pas à être réopérée. Nous prescrivons le port d'un bandage.

Nous n'avons pas revu cette malade dans la suite.

Observation XIV

M^{me} B. L..., 48 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 21 juillet 1907.

Pertes sanglantes depuis sept mois, après un an de cessa-

tion de règles. Les pertes ont eu une odeur caractéristique ces derniers temps.

Actuellement : femme en bon état général, d'embonpoint moyen. Rien de notable à l'examen général.

Au toucher vaginal on sent un col bourgeonnant, augmenté de volume, friable. Les pertes ont une odeur très spéciale. Le vagin est indemne. L'examen des culs-de-sac est négatif. L'utérus est mobile.

Opération le 25 juillet.

Hystérectomie vagino-abdominale.

L'opération se passe sans incident.

Le dégagement des uretères est facile.

Durée de l'opération : 1 h. 5 m.

Suites opératoires — Normales. La malade sort guérie le 18 août.

La malade n'a pas été revue.

Observation XV

M^{me} C. F..., 48 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 20 avril 1907. N'est pas réglée depuis trois ans; depuis quelques mois pertes irrégulières, devenues fétides et roussâtres depuis quelque temps. Se plaint d'avoir beaucoup maigri, de s'être affaibli considérablement.

Actuellement : femme maigre, pâle, légèrement jaunâtre; rien dans les organes.

Au toucher on sent un col très dur, infiltré, augmenté de volume, creusé au milieu, saignant très facilement. Le tiers supérieur de la paroi antérieure du vagin est également induré. Les culs-de-sac latéraux ont perdu de leur souplesse,

les ligaments larges doivent être dans une certaine mesure pris. La mobilité de l'utérus quoique diminuée est cependant, encore suffisante. Il ne semble pas que l'extension du cancer va jusqu'aux parois pelviennes.

Opération le 25 août 1907.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Nous amorçons la dissection de la paroi vaginale antérieure très bas. Il ne semble pas, cependant, que la vessie soit prise.

Le temps abdominal est assez difficile. Les paramètres sont indurés et le dégagement des uretères se fait difficilement.

Le décollement de la vessie d'avec l'utérus et le vagin se fait facilement.

Nous enlevons à gauche quelques ganglions écartonnés sur les vaisseaux hypogastriques.

Durée de l'opération : 1 h. 15 m.

Les suites opératoires sont sans incident notable.

Les deux premiers jours, cependant, la malade donne quelques inquiétudes, mais tout s'arrange et la malade est guérie le 18 septembre.

Nous revoyons la malade au mois de mars suivant, en pleine récurrence. Nous apprenons que la mort est survenue au mois de juillet.

Observation XVI

M^{me} S. R., 35 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 3 octobre 1907; ses règles sont irrégulières depuis trois mois. Elle perd en abondance et en dehors des époques.

Actuellement : femme en excellent état général.

L'examen général est négatif.

A l'examen local, on sent par le toucher vaginal un col utérin dont la lèvre postérieure est très dure et augmentée de volume. L'orifice du col est ouvert, et le doigt arrive dans un canal cervical à parois (surtout le postérieure) friables, indurées, saignant facilement. Le vagin est indemne; l'utérus est parfaitement mobile. Une biopsie révèle l'existence d'un épithélioma du canal cervical.

Opération le 12 octobre.

La malade ne veut pas être endormie au chloroforme.

Nous procédons à l'anesthésie par scopolamine, morphine et stovaïne lombaire; 1 centimètre cube d'une solution contenant 2 centigrammes de morphine et 1 milligramme de scopolamine est introduit sous la peau en deux fois, deux heures et une heure avant l'opération. Six divisions de la seringue de Luer de la solution de stovaïne au 1/10 sont injectées dans le canal rachidien avant l'opération.

Hystérectomie vagino-abdominale sans incidents.

Dégagement facile des uretères.

Durée de l'opération : 1 h. 5 m.

Le huitième jour après l'opération, un incident se produit. La malade présentait une rétention d'urine et on était obligé de la sonder après l'ablation de la sonde à demeure. L'infirmière chargée de ce soin casse dans la vessie une sonde en verre. Nous essayons de la retirer avec une pince courbe et nous échouons. Nous faisons appel au Dr Luys qui retire le fragment de sonde à l'aide de son cystoscope à vision directe.

A part cet incident, suites opératoires normales.

La malade sort le 9 novembre.

Nous revoyons cette malade assez régulièrement deux fois

par an. Nous l'avons revue au mois de décembre 1910. Elle ne présentait pas de récurrence.

Son vagin très raccourci après l'opération, s'est progressivement allongé et présente maintenant une longueur à peu près normale.

Observation XVII

M^{me} G. Z..., 41 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 13 octobre 1907.

Présente des pertes incessantes depuis huit mois. Il y a quatre mois un médecin consulté a diagnostiqué un cancer du col de l'utérus, mais la malade ne voulait pas d'opération à ce moment-là.

Actuellement: femme d'embonpoint moyen, mais d'un teint très pâle; les paupières sont un peu bouffies. L'examen des urines révèle un peu d'albumine. Rien dans les autres organes.

Le toucher permet de sentir un cancer bourgeonnant du col de l'utérus, assez volumineux, saignant très abondamment, de sorte que la malade a saigné assez considérablement pendant toute la journée qui a suivi l'examen. Les culs-de-sac vaginaux latéraux ont perdu leur souplesse normale. L'utérus est assez mobile.

Opération le 18 octobre.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Le dégagement des uretères est assez pénible, car les paramètres sont très indurés. Nous trouvons des lésions plus considérables que nous ne l'avions soupçonné. Nous avons des doutes sur l'intégrité des uretères qui sont un peu durs et dilatés dans leur trajet rétro-ligamentaire, mais l'état général

de la malade est mauvais et nous reculons devant la résection des uretères.

Durée de l'opération : 1 h. 15 m.

Suites opératoires. — La malade est très choquée dans la journée. Le pouls est presque incomptable, la température à 36°7, le soir de l'opération. Spartéine, caféine, huile camphrée. Nous craignons d'injecter du sérum, étant données les lésions probables des reins. La malade ne se remonte pas et meurt le lendemain matin, après avoir présenté des vomissements toute la nuit.

Pas d'autopsie.

Observation XVIII

M^{me} P. L..., 38 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 3 novembre 1907.

Il y a quatre ans à la suite d'une fausse couche, a souffert du ventre, a présenté de la fièvre et des vomissements. Souffre toujours du ventre depuis, par crises. Depuis trois mois, ses règles sont devenues tout à fait irrégulières. Elle perdait pendant quelques jours en dehors de ses époques, puis la perte s'arrêtait. Depuis trois semaines n'a pas cessé de perdre.

Femme assez maigre, mais en assez bon état général. L'examen des organes ne révèle aucune lésion.

Le toucher vaginal permet d'arriver sur un col augmenté de volume aux dépens de sa lèvre antérieure qui est dure, friable, saignant facilement.

Le vagin semble indemne. Par les culs-de-sac latéraux et postérieurs on sent sur les côtés et en arrière de l'utérus une masse volumineuse, adhérente à l'utérus et aux parois du

bassin, douloureuse à la pression. L'utérus est très peu mobile.

La malade n'a pas de fièvre ; elle fait remonter sa dernière crise douloureuse à quatre mois environ.

Nous croyons pouvoir attribuer, tout au moins en grande partie, l'immobilité de l'utérus aux lésions des annexes.

Opération le 10 novembre.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Rien de particulier dans le temps vaginal.

A l'ouverture du ventre nous trouvons une salpingite bilatérale dans le cul-de-sac postérieur, semblant adhérer à l'utérus, au rectum et à la face postérieure des ligaments larges.

Nous arrivons à passer un doigt entre les deux poches, qui ne se rejoignent pas tout à fait sur la ligne médiane derrière l'utérus, et avec ce doigt nous amorçons le décollement des poches de bas en haut. Nous arrivons à les libérer assez facilement sans les ouvrir. Aussitôt après les avoir dégagées, nous plaçons des ligatures sur les cornes utérines et sur les ligaments infundibulo-pelviens et nous enlevons les annexes d'un coup de ciseaux.

Le reste de l'opération se passe normalement.

Dissection facile des uretères.

Durée de l'opération : 1 h. 10 m.

Les suites opératoires sont sans incidents.

Le malade monte à 39° les trois premiers jours, mais le pouls reste toujours bon.

Légère suppuration de la paroi abdominale.

La malade sort guérie le 4 décembre.

Nous avons revu cette malade au mois de décembre 1910. Elle ne présentait pas trace de récurrence.

Observation XIX

M^{me} M. K..., 42 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 1^{er} décembre 1907.

Malade, perdant du sang abondamment depuis trois mois. La malade est sage-femme en Russie, et devant ces symptômes soupçonne elle-même un cancer de l'utérus, et vient nous consulter. A eu il y a vingt ans du rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, ayant laissé une insuffisance mitrale, qui n'a jamais gêné la malade, d'ailleurs.

Femme en excellent état général. Présente un souffle très net d'insuffisance mitrale, mais n'a aucun signe fonctionnel d'une lésion cardiaque. Rien dans les autres organes.

Le toucher vaginal permet de sentir un col gros, ulcéré, induré, saignant facilement. Utérus très mobile. Vagin indemne. Une biopsie révèle l'existence d'un épithélioma.

Opération, le 10 décembre.

La malade à cause de sa lésion cardiaque préfère ne pas subir d'anesthésie générale.

Anesthésie à la scopolamine-morphine et stovaïne. 1 centimètre cube de solution contenant 2 centigrammes de morphine et 1 milligramme de scopolamine est injecté en deux fois (2 heures et 1 heure avant l'opération). Avant l'opération, six divisions de la seringue de Luer d'une solution 1/10 de stovaïne sont injectées dans le canal rachidien.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Opération facile sans incidents.

Le dégagement des uretères est très facile.

Au moment où nous finissons la péritonisation, la malade

geint et pousse un peu. Quelques gouttes de chloroforme suffisent pour calmer la malade. Durée: Cinquante-cinq minutes.

Guérison absolument sans incident.

La malade sort guérie le 30 décembre.

Nous n'avons pas pu suivre la malade qui a quitté Paris, mais nous apprenons indirectement qu'elle a été tuée plus d'un an après l'opération au Caucase d'un coup de fusil. L'amie de la malade qui nous donne ce renseignement ne croit pas qu'il y ait eu récurrence.

Observation XX

M^{me} L. B..., 33 ans.

Entre à l'hôpital Saint-Louis le 2 février 1908. La malade se plaint de pertes de sang depuis trois mois. Depuis un mois environ, ces pertes sont fétides. La malade s'est beaucoup affaiblie, elle est en proie à des maux de tête et de reins très violents, elle ne digère rien.

État actuel. — Femme maigre, très pâle. L'examen des organes ne révèle rien de particulier, sauf des traces d'albumine dans les urines. Ces dernières sont rares (la malade urine environ 800-900 gr. par jour). La malade est légèrement fébrile, elle monte à 38°-38°5 le soir; nous attribuons cette température à la résorption partielle de la sécrétion très fétide fournie par la tumeur.

Examen local. — Le toucher vaginal révèle la présence d'un utérus sensiblement augmenté de volume; le col est augmenté de volume, induré. Son orifice est entr'ouvert et permet d'arriver dans le canal cervical qui est dur, friable, saignant sous l'ongle. La paroi antérieure du vagin est envahie sur un bon

travers de doigt. Il est difficile de se rendre compte des rapports qu'elle affecte avec la vessie. La palpation des çuls-de-sac latéraux permet de sentir une induration des deux paramètres. Il semble cependant qu'ils ne sont pas envahis jusqu'à la paroi pelvienne car l'utérus garde une certaine mobilité. La paroi postérieure du vagin est libre.

Diagnostic. — Cancer térébrant de la cavité cervicale, avec envahissement du vagin, envahissement partiel des paramètres et adhérence possible de la vessie.

Étant donné que l'utérus est relativement mobile, nous nous décidons à intervenir.

Opération le 6 février.

Nous commençons par l'incision du vagin que nous faisons très bas. En avant notamment, nous passons à un travers de doigt de l'orifice de l'urèthre. La séparation recto-vaginale ne présente rien de particulier; elle est facile; mais en disséquant la paroi antérieure, nous nous apercevons bientôt que la vessie est envahie et adhérente au vagin. Nous arrêtons la séparation avant d'arriver à la zone d'envahissement.

Le temps abdominal nous confirme l'extension de la tumeur. Après la section des ligaments utéro-sacrés, l'utérus s'élève moins bien que d'habitude. On sent sur les côtés du col les paramètres très infiltrés. Nous renonçons à disséquer les uretères et nous prenons la décision de les réséquer, pour les réimplanter ensuite. Le champ opératoire est bien protégé, de petits clamps à intestin sont placés sur la partie saine des uretères et ceux-ci sont sectionnés. Nous séparons alors le tissu cellulaire para-utérin de la paroi pelvienne. Devant l'envahissement de la vessie nous réséquons une grande partie des parois postérieure et inférieure de celle-ci et nous enlevons

en bloc l'utérus avec la collerette vaginale, les paramètres avec leurs segments d'uretère et la paroi vésicale.

Il nous semble impossible de reconstituer la vessie, qui est très largement réséquée et nous greffons les uretères dans la partie haute du rectum.

Nous procédons à la manière de Ricard. Nous fendons le bout de l'uretère et nous le retroussons en manchette, dont nous fixons les angles par un point de catgut fin. Nous faisons une ponction sur le rectum avec le bistouri; cette ponction est faite sur la paroi antéro-latérale du rectum, au niveau où celle-ci est encore recouverte de péritoine. L'uretère est introduit dans l'orifice de ponction, de façon à proéminer sensiblement dans la lumière du rectum. Quatre points au catgut 00 unissent la paroi rectale à la paroi de l'uretère sur lequel nous tâchons de faire des points non perforants. Nous faisons un deuxième étage de points non perforants pour les deux organes au-dessus du premier. Nous avons commencé par le côté droit. Pour répéter la manœuvre à gauche, nous sommes obligé de dégager l'uretère gauche jusqu'au détroit supérieur en incisant le péritoine qui le recouvre, car le rectum s'était récliné à droite au moment de la greffe du premier uretère et nous l'avions fixé aux parois du bassin dans cette position pour éviter des tiraillements.

L'uretère gauche est alors amené au contact du rectum et greffé de la même manière que le droit au-dessus de ce dernier. Le trajet des uretères ne semble pas ainsi présenter de coudures.

Nous n'essayons pas de suturer la vessie que nous laissons ouverte.

Nous péritonisons avec soin en nous servant de tous les

lambeaux péritonéaux que nous pouvons trouver et en amenant l'S iliaque à la partie supérieure de la vessie.

Drainage de l'espace sous-péritonéal. Suture en un plan de la paroi abdominale. Durée de l'opération: 1 h. 25 m.

Suites opératoires. — La malade présente le soir de l'opération un shock très marqué. La température est à 36°9; le pouls est très faible, à 110; les extrémités et le nez sont froids. Sérum, huile camphrée, spartéine. Le lendemain matin la malade s'est sensiblement remontée. La température s'élève à 38°4. Le pouls est à 100. Elle présente dans la journée une selle liquide.

Les jours suivants, l'état est satisfaisant, sauf que tous les soirs la malade remonte à 39° environ, pour retomber le matin à 37°5-38°. Tous les jours la malade a trois et quatre selles liquides. Elle s'habitue peu à peu à les évacuer volontairement. Le dixième jour les fils de la paroi sont enlevés; réunion par première intention. Le treizième jour, la malade se plaint de douleurs rénales; la température monte le soir à 39°0. A partir de ce jour, la malade s'affaiblit progressivement, vomit la majeure partie de ce qu'elle prend et meurt le 27 février, le vingt-deuxième jour après l'opération.

L'autopsie montre l'absence de toute lésion péritonéale. Les reins, les uretères et le rectum sont enlevés en bloc. Les sutures ont bien tenu et les anastomoses sont cicatrisées. Les deux uretères et surtout les bassinets sont très dilatés. Les deux reins sont augmentés de volume et sont farcis d'abcès miliaires. La mort semble être due à l'infection des reins et à leur insuffisance.

Observation XXI

M^{me} S. R..., 42 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 12 février 1908.

Depuis trois mois environ la malade présente des pertes sanglantes; la première est survenue à la suite d'un coït. Depuis, ces pertes se sont répétées spontanément, en dehors des règles.

Femme en excellent état général : aucun trouble en dehors des pertes ; rien à l'examen général.

Le toucher vaginal permet de sentir sur la lèvre antérieure du col de l'utérus un champignon de la surface d'une pièce de 1 franc, dur, faible, saignant facilement. Le vagin est indemne, le doigt à travers les culs-de-sac latéraux ne sent aucune induration péri-utérine, l'utérus est parfaitement mobile.

Opération le 17 février.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Opération sans incident.

Les paramètres sont souples.

La dissection des uretères facile.

Durée de l'opération, une heure.

Guérison sans incident. La malade sort guérie le 4 mars.

Nous avons revu cette malade au mois de novembre 1910 ; elle ne présentait pas de trace de récive.

Observation XXII

M^{me} E. J..., 38 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 15 février 1908.

Se plaint de présenter des pertes depuis six mois environ.

Actuellement présente des pertes rosées, d'une odeur très désagréable. A sensiblement maigri ; depuis quelque temps, souffre des reins.

Femme en assez bon état général ; on ne trouve rien à l'examen général.

Le toucher permet de sentir une infiltration généralisée du col de l'utérus. Les bords de l'orifice sont éversés et ulcérés, friables, saignant sous l'ongle. Le vagin est légèrement induré au niveau de son insertion sur l'utérus, surtout en avant ; il semble, qu'à droite, le cul-de-sac latéral a perdu de sa souplesse. L'utérus est très mobile.

Opération le 21 février.

Hystérectomie vagino-abdominale.

La dissection des uretères est assez facile, mais le tissu cellulaire des paramètres semble un peu pris.

Durée de l'opération : 1 h. 15 m.

Guérison opératoire sans incidents.

La malade sort de l'hôpital le 13 mars.

Nous revoyons la malade au mois de juin, moins de quatre mois après l'opération. Elle présentait à ce moment une récurrence occupant tout le fond du petit bassin.

Observation XXIII

M^{me} P. R..., 52 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 10 mars 1908. Elle entre parce qu'elle a eu mal dans le ventre et parce que ses règles sont revenues après six ans d'absence. Il est impossible d'en tirer un renseignement plus précis sur le commencement de sa maladie.

Actuellement, elle présente un aspect général satisfaisant.

Elle n'a pas maigri, dit-elle, car elle a toujours été maigre.
Rien dans les organes.

L'examen local montre un cancer bourgeonnant du col de l'utérus, très friable, saignant très facilement; pertes à odeur caractéristique. Le cul-de-sac vaginal gauche est envahi par le néoplasme. Cet envahissement se prolonge un peu dans le cul-de-sac antérieur. L'utérus est assez mobile.

Opération le 14 mars.

Le temps vaginal est facile, mais nous arrêtons assez bas le décollement de la paroi antérieure pour ne pas arriver jusqu'à la zone d'adhérence à la vessie.

Temps abdominal. — L'uretère droit se dégage très facilement du paramètre, qui est, semble-t-il, absolument libre. Par contre, l'uretère gauche est adhérent au paramètre jusqu'à son embouchure vésicale. La paroi vésicale est également infiltrée à ce niveau. Nous sectionnons l'uretère en arrière de sa partie adhérente après pincement avec un petit clamp à intestin. Nous incisons la vessie en circonscrivant la partie adhérente et nous enlevons ensemble l'utérus avec la colle-rette vaginale, une partie de la paroi vésicale et 3 centimètres environ d'uretère. Nous reconstituons la vessie par une suture à deux étages, le premier au catgut, le deuxième non perforant à la soie. Au-dessus de cette suture nous faisons une réimplantation de l'uretère par le procédé de Ricard. Nous retournons en manchette le bout de l'uretère et nous l'introduisons à travers un orifice que nous créons dans la vessie, de façon à ce qu'il proémine dans l'intérieur de la cavité vésicale. Nous plaçons deux étages de points au catgut 00, non perforants. Le premier étage est formé de cinq points qui fixent l'uretère au pourtour de la fente faite dans

la paroi vésicale. Le deuxième étage comprend quatre points qui invaginent la paroi vésicale sur une hauteur de 1 centimètre environ autour de l'uretère.

Nous attirons alors la vessie au-devant de l'uretère et nous fixons par trois points au catgut la vessie à la paroi pelvienne. Péritonisation au-dessus des sutures. Nous sommes forcé d'attirer l'S iliaque pour nous en servir comme de matériel de péritonisation. Durée de l'opération : 1 h. 10 m.

Guérisson sans incidents. Les trois premiers jours, l'urine est sanglante, puis redevient claire.

La malade sort le 30 mars, dès qu'elle peut faire quelques pas. Nous l'engageons très vivement à revenir, car nous voulions faire un examen cystoscopique pour nous rendre compte du fonctionnement de son anastomose. Nous ne l'avons jamais revue, malheureusement.

Observation XXIV

M^{me} E. C..., 51 ans, entre à l'hôpital le 24 mars 1908.

Non réglée depuis quatre ans ; a revu depuis quatre mois des pertes sanglantes. Perd sans interruption maintenant ; les sécrétions sont d'une coloration rouge pâle, très fétides. A maigri un peu.

Actuellement, femme en assez bon état général, quoique un peu maigre. Rien à l'examen des organes.

Le toucher permet de sentir un col bourgeonnant, augmenté de volume, saignant au contact du doigt. La sécrétion présente une odeur très désagréable. Le vagin est un peu envahi aux dépens de ses culs-de-sac droit et postérieur. L'utérus est mobile.

Opération le 29 mars.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Nous trouvons des deux côtés au niveau des vaisseaux iliaques internes des ganglions augmentés de volume. A gauche nous les extirpons assez facilement, mais à droite ils sont adhérents, et en les libérant nous déchirons la veine iliaque interne. Nous pratiquons deux ligatures sur le vaisseau.

Dissection des uretères facile. Les paramètres semblent indemnes.

Durée de l'opération : 1 h. 10 m.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort guérie le 17 avril.

L'examen histologique des ganglions révèle l'existence de lésions purement inflammatoires.

Nous n'avons pas revu la malade.

Observation XXV

M^{me} V. L..., 43 ans, entre à Saint-Louis le 20 avril 1908. Depuis environ quatre mois, pertes irrégulières assez abondantes. Il y a quatre ans a été soignée pour salpingite. On lui a proposé l'opération qu'elle a refusée.

État actuel. — Femme amaigrie, teint jaunâtre, se plaint de souffrir du ventre depuis sa salpingite. Le toucher vaginal révèle l'existence d'un col utérin en chou-fleur, à sécrétion très fétide. Dans le cul-de-sac postérieur, mais assez haut située, on sent une masse grosse comme un œuf, douloureuse à la pression ; par le cul-de-sac droit, on sent une certaine induration du paramètre. L'utérus est très peu mobile mais la présence d'une salpingite ne permet pas de se

rendre un compte exact de la part qui revient au cancer dans cette immobilité.

Opération le 26 avril.

Temps vaginal sans incidents, facile ; la dissection du vagin amène cependant un saignement en nappe plus abondant que d'habitude.

Temps abdominal difficile. Nous trouvons une salpingite bilatérale très adhérente et comme il nous est impossible d'avoir recours aux procédés de décollement des trompes de bas en haut, ce décollement est pénible. Le rectum est dépouillé de son enveloppe sur plusieurs centimètres et malgré tous nos efforts nous ouvrons une des poches qui contient du pus. Les deux ligaments larges sont indurés, mais nous ne pouvons pas nous rendre compte s'il s'agit d'une induration néoplasique ou inflammatoire. La dissection des uretères est assez difficile en raison de l'induration des paramètres. La vessie ne se sépare pas du vagin et nous sommes amené à faire une résection assez étendue de son bas-fond, que nous suturons par deux plans. Durée de l'opération : 1 h. 25 m.

Le soir de l'opération la température monte à 39°4 ; le pouls est à 110. La malade a la bouche très sèche. Elle ne cesse pas de vomir toute la nuit. Le lendemain matin, l'état n'est pas meilleur, la température est à 39°8, les vomissements continuent. Le soir la température est à 40°2, le pouls est incomptable. Le surlendemain matin, la malade meurt à 5 heures. L'autopsie n'a pas été accordée ; nous croyons que la malade a dû mourir de septicémie d'origine péritonéale.

Observation XXVI

M^{me} N. M..., 46 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 7 avril 1908.

Irrégularités des époques depuis six mois ; comme ses règles se prolongent maintenant d'une façon démesurée et qu'elle est presque toujours en sang, elle devient inquiète. Perd en rose sale ; les pertes ont une odeur caractéristique. N'a pas maigri, mais souffre des reins.

Femme d'un certain embonpoint, mais pâle.

Bruit de souffle extra-cardiaque. Rien d'anormal à l'examen général.

Le toucher vaginal permet d'arriver sur un col infiltré et augmenté en totalité. Ulcération sur la lèvre antérieure, friable, saignant facilement.

Le vagin est un peu envahi à gauche et en avant. L'utérus est très mobile.

Opération le 13 avril.

Hystérectomie vagino-abdominale.

L'appendice est adhérent aux annexes droites. Nous l'enlevons dès le début de l'opération abdominale.

A droite, paramètre semblant tout à fait libre. A gauche, dégagement de l'uretère un peu plus difficile, le paramètre est un peu induré.

Durée de l'opération : 1 h. 5 m.

Suites opératoires. — La malade fait le 2^e jour de la broncho-pneumonie ; l'état général n'est, cependant, jamais inquiétant. La malade sort guérie le 10 mai.

Nous apprenons que la malade est morte de récurrence sept mois après l'opération.

Observation XXVII

M^{me} J. C., 53 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 2 juin 1908. Perte depuis quelques mois, ne peut pas préciser le début exactement. Affirme n'avoir jamais cessé d'être réglée.

Accouchement, femme très maigre : ne présente aucune lésion à l'examen général.

Localement, on sent une ulcération indurée, friable, saignante, ayant presque détruit le col et ayant envahi la voûte vaginale. L'utérus reste encore assez mobile.

Opération le 12 juin.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Nous enlevons des ganglions hypogastriques à gauche.

Les deux paramètres sont suspects, mais le dégagement des urètres est facile.

Durée de l'opération : cinquante-cinq minutes.

Sérum sanguin. — Normales. La malade sort guérie le 7 juillet.

Nous apprenons que son médecin l'a revue quelques mois après avec une récurrence.

Observation XXVIII

M^{me} V. N., 48 ans, entre à l'hôpital le 23 novembre 1908.

Pertes en dehors des règles depuis trois mois.

A eu un retard d'un mois à cette époque.

Croît avoir fait une fausse couche.

Actuellement femme en excellent état général, plutôt grosse. Rien à l'examen des organes.

Au toucher vaginal on sent un champignon formé aux dépens de la lèvre postérieure du col de l'utérus. Cette tumeur est dure, friable, saignant facilement sous l'angle. Le cul-de-sac postérieur du vagin est envahi sur une hauteur de 3 centimètres environ. Les culs-de-sac latéraux sont souples. L'utérus est très mobile.

Opération, le 28 novembre.

Badigeonnage de la paroi et du vagin avec de la teinture d'iode.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Aucun incident opératoire. Les paramètres semblent indemnes, les uretères se dégagent facilement.

Durée de l'opération : une heure.

Les suites opératoires sont normales et sans incident.

La malade sort guérie le 19 décembre.

Nous avons revu la malade sans récidence au mois de décembre 1910.

Observation XXIX

M^{me} C. Q..., 40 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 13 janvier 1909.

Perd depuis cinq mois. A maigri, a perdu l'appétit.

Actuellement : femme assez maigre, mais paraissant en assez bon état général. Rien à l'examen général.

Localement on sent un col augmenté de volume et dur, mais paraissant recouvert de muqueuse normale. Les bords de l'orifice du col permettent d'arriver avec l'ongle sur le

canal cervical qui présente des parois dures, rugueuses, friables.

Les culs-de-sac vaginaux paraissent normaux.

L'utérus est très mobile.

Une biopsie est faite. L'examen histologique conclut à de l'épithélioma du canal cervical.

Opération le 19 janvier.

Badigeonnage de la paroi et du vagin avec de la teinture d'iode.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Opération sans incidents. Le dégagement des uretères est facile. La durée de l'opération n'a pas été notée.

Guerison opératoire sans incidents. La malade sort le 5 février.

Cette malade n'a pas été revue.

Observation XXX

M^{lle} A. W., 41 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 21 avril 1909.

Pertes depuis cinq mois environ assez abondantes.

Depuis quelque temps la malade souffre en urinant, ses urines restent cependant claires. Se plaint de se sentir très fatiguée, d'avoir perdu l'appétit et d'avoir maigri.

Actuellement : femme assez maigre, mais d'une coloration normale ; rien à l'examen des organes.

Au toucher on sent un col de l'utérus augmenté de volume, bourgeonnant, ulcéré, friable, saignant facilement. Les culs-de-sac sont libres et ne permettent de sentir aucune induration des tissus para-utérins, mais à 3 centimètres environ au-dessous de l'insertion du vagin sur l'utérus, on sent dans

la paroi vaginale antérieure un noyau induré. Ce noyau est séparé du col par une étendue de tissus qui, cliniquement, semblent sains ; il a la grosseur d'une pièce de 1 franc environ et semble faire corps avec la vessie. L'utérus est parfaitement mobile.

Opération le 28 avril.

Badigeonnage de la paroi et du vagin avec de la teinture d'iode.

Hystérectomie vagino-abdominale.

Dans le temps vaginal nous arrêtons la dissection de la paroi antérieure au-dessous du noyau induré.

Dans le temps abdominal, la dissection des uretères est facile, les paramètres ne semblent pas être pris.

Au moment d'arriver au temps qui consiste à achever la libération du vagin d'avec la vessie, au lieu de poursuivre le décollement, nous incisons la paroi vésicale autour du noyau induré. Nous enlevons ainsi une rondelle de paroi vésicale avec l'utérus et le vagin. Nous reconstituons ensuite la vessie par une suture à deux étages, une profonde au catgut et une superficielle au fil de lin. Cette suture est assez difficile, car l'extrémité inférieure de la plaie vésicale est située profondément.

Durée de l'opération : 1 h. 35 m.

Suites opératoires. — La malade présente des urines sanglantes les premiers jours après l'opération. Nous faisons deux fois par jour des lavages de vessie sans pression avec du sérum chaud. Le quatrième jour la suture laisse passer quelques gouttes d'urine dans sa partie inférieure, mais le quinzième jour tout écoulement cesse. L'état général est toujours resté très bon.

La malade sort guérie le 1^{er} juin.

Nous l'avons revue à plusieurs reprises, la dernière fois au mois de novembre 1910. Elle ne présentait aucun signe de récurrence.

Observation XXXI

M^{me} P. W..., 39 ans, entre à Saint-Louis le 26 juin 1909. A la suite de rapports sexuels elle a été prise il y a quelques jours d'une perte, sans aucun rapport avec ses règles. Le médecin qui l'a examinée lui a aussitôt conseillé de se faire opérer.

État général excellent. La malade se sent parfaitement bien. Rien à l'examen général.

L'examen gynécologique révèle l'existence d'un noyau induré et ulcéré, situé dans la lèvre postérieure du col, facile à faire saigner avec l'ongle. Les culs-de-sac sont libres, l'utérus parfaitement mobile. Une biopsie est faite. L'examen histologique, fait par Rubens-Duval, conclut à « cancer ».

L'opération est pratiquée le 4 juillet.

Badigeonnage de la paroi et du vagin à la teinture d'iode. Ni le temps vaginal, ni le temps abdominal ne présentent rien de particulier. Au moment de la ligature de l'hypogastrique droite nous enlevons des ganglions situés dans la bifurcation des vaisseaux iliaques. L'opération se fait suivant la technique habituelle. Durée de l'opération : cinquante-cinq minutes.

La guérison se fait sans incidents. La malade sort guérie le 26 juillet.

Nous l'avons revue en décembre 1910 sans récurrence.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du col de l'utérus, contrairement à un avis encore très répandu, est curable. Il semble même résulter de nombreuses statistiques que ce cancer est un de ceux qui donnent, convenablement traités, le plus de guérisons durables.

2° La curabilité du cancer du col de l'utérus est en très grande partie subordonnée aux perfectionnements de la technique opératoire ; le nombre des guérisons durables a augmenté au fur et à mesure que s'est perfectionnée la technique.

3° A ce cancer doit être opposée une intervention large. Il ne s'ensuit pas, cependant, que les cas, même avancés, sont curables par une intervention proportionnée, car dans ces cas l'importance et la gravité d'une opération à prétentions radicales ne sont pas compatibles en pratique avec la survie opératoire de la malade.

4° La curabilité du cancer du col utérin dépend donc dans une très grande mesure de la précocité du diagnostic.

5° Un des temps les plus nécessaires et les plus importants dans l'hystérectomie pour cancer du col est l'ablation du paramètre et des ligaments utéro-sacrés, qui doivent être tenus pour suspects même dans les cas au début, en leur qualité de première étape lymphatique. L'ablation du paramètre n'est possible que si l'uretère qui le traverse en est préalablement dégagé.

6° Ce dégagement de l'uretère est énormément facilité par deux manœuvres préalables. Premièrement par la section du vagin dans un temps vaginal spécial, qui permet déjà dans une grande mesure l'ascension de l'utérus. Deuxièmement, par la section dès le début du temps abdominal de ligaments utéro-sacrés, qui forment avec le vagin, les principaux obstacles à l'élévation de l'utérus.

7° Il est avantageux, après la dissection de la collerette vaginale, de la refermer sur le col de l'utérus. On procède ainsi à l'ablation de la tumeur en vase clos et on évite la dissémination des microbes répandus à sa surface et des cellules cancéreuses qui peuvent inoculer les tissus.

8° L'hystérectomie vagino-abdominale remplit ces conditions. Elle convient donc à tous les cas opérables de cancer du col. Elle n'est pas plus longue que l'opé-

ration de Wertheim, grâce à la facilité qu'elle procure pour l'exécution des manœuvres délicates de celle-ci. Cette facilité en fait en principe une opération plus bénigne que celle de Wertheim, car, toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic d'une intervention s'améliore avec la facilité d'exécution.

Vu : le Président de la thèse

RECLUS

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD



